HC 2QJP F

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

CROIX ROUGE HELLENIQUE-HELLENIC RED CROSS

ORTHOPEDIKA CHRONIKA ASKLEPIEIOU BOULAS

BOSTON
SEP 24 1957
MEDICAL LIBRARY

ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ

ANNALES ORTHOPÉDIQUES DE L'"ASCLEPIION DE VOULA"

ANNALS OF ORTHOPEDIC SURGERY OF THE "ASCLEPIION OF VOULA"

CROIX ROUGE HELLENIQUE
"ANNALES SCIENTIFIQUES
DE L'HOPITAL ASCLEPIION DE VOULA"
VOULA ATTIKIS GRÈCE

ΕΤΟΣ 1956 — ΤΕΥΧΟΣ 1

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

"ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ,,

ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟΝ : 04-464

ΔΙΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟΝ ΥΠΟ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Πρόεδρος : ΘΕΟΔ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Τακτικὸς Καθηγητὴς
Γραμματεύς : Δ. ΙΩΑΝΝΟΒΙΤΣ, Ὑφηγητὴς
Μέλη : ΓΕΡ. ΜΙΧΑΛΑΤΟΣ — ΒΕΝ. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ

ΟΔΗΓΙΑΙ

Γίνονται δεκταὶ πρωτότυποι ἐργασίαι μὴ δημοσιευθεῖσαι εἰς ἄλλο περιοδικὸν ἐν Ἑλλάδι. Τοῦτο δὲν ἰσχύει μόνον διὰ τὰ Πρακτικὰ τῶν Ἐπιστημον. Ἑταιρειῶν, ἐὰν ταῦτα ἔχουν δημοσιευθῆ εἰς ἴδιον τεῦχος. Εἶναι ὅμως ἀπαραίτητον ν' ἀναφέρεται ὁ τίτλος τῆς Ἑταιρείας, ἡ αἴθουσα, ἡ ἡμερομηνία τῆς ἐπιδείξεως ἢ ἀνακοινώσεως.

Τὰ χειρόγραφα δέον νὰ εἶναι δακτυλογραφημένα εἰς τὴν μίαν ὄψιν καὶ μετὰ δύο διαστημάτων καὶ τοῦτο διότι, ἐνδεχομένως, θὰ διευκολύνῃ τὴν προδιόρθωσιν.

Τὰ τσιγκογραφήματα ἐκτελούμενα ὑπὸ τοῦ περιοδικοῦ θὰ ἐπιβαρύνουν τὸν συγγραφέα. Εἰς τὰς ἀποστελλομένας εἰκόνας—φωτογραφίας, παρακαλεῖται ὁ συγγραφεὺς ὅπως εἰς τὸ ὄπισθεν μέρος αὐτῆς σημειώνῃ τὴν κορυφὴν καὶ τὴν βάσιν, τὴν ἐπεξήγησιν, τὸν ἀριθμὸν τῆς εἰκόνος, τὸν τίτλον τῆς ἐργασίας εἰς τὴν ὁποίαν ἀναφέρεται ἡ εἰκὼν καὶ τὸ ὄνομα τοῦ συγγραφέως.

Αἱ βιβλιογραφικαὶ παραπομπαὶ χάριν τῆς ὁμοιομορφίας τῆς δημοσιευομένης εἰς τὸ περιοδικὸν ὕλης πρέπει νὰ σημειώνωνται ὡς ἑξῆς :

Ὄνομα συγγραφέως—Τίτλος ἐργασίας—ὄνομα περιοδικοῦ—τόμος—σελὶς—μὴν—ἔτος.

Αὗται θὰ ἐλέγχωνται προσωπικῶς ὑπὸ τῶν ἰδίων τῶν συγγραφέων.

Τὰς διορθώσεις τῶν τυπογραφικῶν δοκιμίων θὰ ἐκτελῶσιν εὐκρινῶς οἱ ἴδιοι οἱ συγγραφεῖς, ἄνευ προσθηκῶν, κατὰ τὸ συντομώτερον χρονικὸν διάστημα. Ἐὰν ἐπιβραδύνωσιν οἱ συγγραφεῖς τὴν διόρθωσιν τῶν τυπογραφικῶν δοκιμίων αἱ ἐργασίαι των θὰ τυπώνωνται καὶ θὰ ἐλέγχωνται ὑπὸ τῶν διορθωτῶν μας.

Κατὰ τὰς διορθώσεις τῶν τυπογραφικῶν δοκιμίων ὁ συγγραφεὺς ἐὰν ἐπιθυμῇ, θὰ παραγγέλῃ ἀνάτυπα μετὰ ἢ ἄνευ ἐξωφύλλου. Περὶ τῆς δαπάνης τῶν ἀνατύπων θὰ λαμβάνῃ γνῶσιν παρὰ τῆς διαχειρήσεως τοῦ περιοδικοῦ.

Οἱ συγγραφεῖς πρωτοτύπων ἐργασιῶν, δημοσιευθεισῶν εἰς πρακτικὰ Ἑταιρειῶν, ἢ εἰς περιοδικά, παρακαλοῦνται ὅπως ἀποστέλλωσι δύο ἀνάτυπα τῆς ἐργασίας των, μετὰ περιλήψεως αὐτῆς (Ἑλληνιστί, Ἀγγλιστί, Γαλλιστί, Γερμανιστί,)

Ἐργασίαι δημοσιευθεῖσαι εἰς τὸ περιοδικὸν ἡμῶν δὲν ἐπιτρέπεται ν' ἀναδημοσιεύωνται ἀλλαχοῦ, ὁλικῶς ἢ μερικῶς, ἄνευ προηγουμένης συγκαταθέσεως ἡμῶν. Δὲν ἐπιτρέπεται ὅμως καθ' οἱονδήποτε τρόπον ἡ ἀναδημοσίευσις ἐργασιῶν δι' ἐμπορικοὺς σκοπούς.

Τὰ **"ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ,,** ἐκδίδονται ἐπὶ τοῦ παρόντος ἀνὰ ἑξάμηνον. Τιμὴ ἐν Ἑλλάδι ἐτησίας συνδρομῆς Δραχ. 50 πληρωτέαι προκαταβολικῶς, περιλαμβανομένων καὶ τῶν ταχυδρομικῶν τελῶν. Τιμὴ Ἐξωτερικοῦ $ 3 περιλαμβανομένων καὶ τῶν ταχυδρομικῶν τελῶν.

Ἕκαστον ἐκ τῶν μέχρι τοῦδε ἐκδοθέντων τευχῶν τιμᾶται Δραχ. 30.

Τεύχους ἐξηντλημένου καὶ ὑπάρχοντος μόνον ἑνὸς ἀντιτύπου εἰς τὰ ἀρχεῖα τοῦ περιοδικοῦ ἡμῶν, ἀποστέλλεται ἡ αἰτουμένη ἐργασία δακτυλογραφημένη τῇ καταβολῇ Δρχ. 15, δωρεὰν δὲ εἰς τοὺς συνδρομητάς.

Τὰ **"ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ,,** ἐκδιδόμενα ἀπὸ τοῦ παρόντος τεύχους ὑπὸ νέαν μορφήν, ἔχουν ὡς σκοπὸν νὰ ἐνθαρρύνουν τὴν ἔρευναν εἰς τὸ πεδίον καὶ τὰ μεθόρια τῶν παθήσεων ὀστῶν, ἀρθρώσεων καὶ ἐπεκτείνουν τὰς γνώσεις εἰς τὸν τομέα τοῦτον τῆς Ἰατρικῆς. Γίνονται δεκτά, κλινικαὶ παρατηρήσεις, περιλήψεις, ἀναλύσεις συγγραμμάτων, ὡς καὶ πᾶσα ἐνδιαφέρουσα ἐπιστολὴ ἢ ἀνακοίνωσις γενικωτέρας σημασίας. Πᾶν δημοσίευμα φέρει τὴν εὐθύνην τοῦ συγγραφέως, τοῦ ὁποίου καὶ μόνον ἀπηχεῖ τὰς γνώμας, τῆς Διευθύνσεως τοῦ περιοδικοῦ μὴ ἐχούσης οὐδεμίαν εὐθύνην διὰ ταύτας.

Διὰ τὰς πρὸς δημοσίευσιν ἐπιστημονικὰς ἐργασίας, βιβλιοκρισίας συγγραμμάτων, τὴν ἀλληλογραφίαν συνεργασίας κ.τ.λ., δέον ὅπως ἀπευθύνεσθε εἰς τὸν Πρόεδρον τῆς Ἐπιτροπῆς, ἢ εἰς οἱονδήποτε μέλος αὐτῆς.

Διὰ τὴν ἐγγραφὴν συνδρομητῶν, ἀνανέωσιν συνδρομῶν, τὴν ἔκδοσιν ἀνατύπων κ.τ.λ. δέον ὅπως ἀπευθύνεσθε εἰς τὴν κάτωθι Διεύθυνσιν :

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ "ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ,,
Βούλα Ἀττικῆς

ΤΥΠΟΙΣ : ΙΩΑΝ. ΡΟΣΣΟΛΑΤΟΥ - ΑΧΑΡΝΩΝ 244 - ΤΗΛ. 870-170

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ

ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΟΨΙΣ ΤΟΥ "ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ,,
PARTIAL VIEW OF THE HOSPITAL "ASCLEPIION OF VOULA,,
VUE DE L' HOPITAL "ASCLEPIION DE VOULA,,

ΤΟΜΟΣ 6ος ΙΟΥΝΙΟΣ 1956 ΤΕΥΧΟΣ 1ον

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

"ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ„

ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΟΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟΝ ΥΠΟ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ : ΘΕΟΔ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ, Τακτ. Καθηγητὴς
Ἀσκληπιοῦ 6 — Ἀθῆναι

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ : ΔΗΜ. ΙΩΑΝΝΟΒΙΤΣ, Ὑφηγητὴς
Ἱπποκράτους 9 — Ἀθῆναι

ΜΕΛΗ : ΓΕΡ. ΜΙΧΑΛΑΤΟΣ — ΒΕΝ. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ
Ἀσκληπιεῖον Βούλας — Βοῦλα Ἀττικῆς

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελὶς

«Ἐκλογὴ Καθηγητοῦ κ. Θεοδ. Γαροφαλίδη». Ὑπὸ *Γ. Μιχαλάτου* 1

Πρωτότυπος Ἐργασία

«Πρόγνωσις τῶν μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων». Ὑπὸ *Χρ. Χρυσανθάκη* καὶ *Ἐ. Χατζῆ* 4

«Τελικὴ πρόγνωσις τῶν μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων». Ὑπὸ *Χρ. Χρυσανθάκη* καὶ *Ἰ. Τσακωνιάτη* 19

«Πυκνωτικὴ ὀστεοπάθεια λαγονίου. Νόσος τῶν Barsony καὶ Polgar». Ὑπὸ *Β. Σουρμελῆ* 23

«Πλατυσπονδυλία ὀφειλομένη εἰς ἠωσινόφιλον κοκκίωμα». Ὑπὸ *Μ. Δήμιτσα* 37

«Τὸ σύνδρομον τοῦ Klippel—Feil». Ὑπὸ *Κ. Παϊσίου* 42

«Ἡ χρησιμοποίησις τῆς ὑαλουρονιδάσης εἰς ἰδιοπαθεῖς καὶ μετατραυματικοὺς ὑδράρθρους τοῦ γόνατος». Ὑπὸ Καθ. *Θ. Γαροφαλίδου, Β. Σουρμελῆ* καὶ *Π. Τρανοῦ* 50

«Πρακτικὰ τῆς Ἑλληνικῆς Ἑταιρείας Χειρουργικῆς Ὀρθοπεδικῆς καὶ Τραυματιολογίας» 1956 56

TOME 6 JUIN 1956 FASCICULE 1

CROIX ROUGE HELLÉNIQUE

ANNALES ORTHOPÉDIQUES
DE L'"ASCLEPIION DE VOULA„

REVUE MEDICAL SEMESTRIELLE

COMITÉ DE REDACTION

PRÉSIDENT : TH. GAROPHALIDES, Professeur
6, Rue Asclipiou 6 — Athènes, Grèce

SECRÉTAIRE : DEM. IOANNOVICH, Privat · Docent
9, Rue Hippocratous 9 — Athènes. Grèce

MEMBRES : GER. MICHALATOS — BEN. SOURMELIS
Hôpital «Asclepiion de Voula» — Voula (Athènes)

Le Comité de rédaction porte à la connaissance des auteurs étrangers qu'il accepte volontiers la publication de travaux originaux, d' observations cliniques, de rapports d'un cas et de sujets d'interet général dans le domaine et les confins d'investigation des os et des articulations. Tout travail adressé à la rédaction des «Annales Scient iiques» sera publié en anglais, français ou allemand, conformément afu désir exprimé par l'auteur. De même les «Annales Scientifiques» accepteraient aux fins de publication : des résumés de comptes rendus des Societés médicales, des résumés de travaux publiés dans d'autres jurnaux et revues medicaux, des analyses de traités, des annonces d'édition de livres ou périodiques médicaux ou de programmes de Congrès-

Le Comité de rédaction se chargerait volontiers de la traduction an langue étrangère de tout travail publié en grec dans les «Annales Scientifiques» et requis par les auteurs étrangers.

Adresse :

«Annales Orthopédiques» de l'Asclepiion de Voula
Hôpital de l'Asclepiion de Voula
Voula (Athènes) — Attiki
Grèce

TABLE DE MATIÈRES

Articles originaux

«Prognostique des paralysies dues à la poliomyelite» Par Dr. Page *Chr. Chrissanthakis* et *E. Hadzi* 17

«Prognostique final des paralysies postomyeliques» Par Dr *Chrys. Chryssanthakis* et *J. Tsaconiatis* 21

«Osteose condensante ilii» Par Dr *V. Sourmelis* 34

«Vertebra plana due au granulome eosinophilique» Par Dr *M. Dimitsa* 41

«Maladie de Klippel—Feil» Par Dr *C. Paissios* 49

«L' hyaluronidase dans le traitement de l' hydarthrose idiopathique et traumatique du genou» Par Prof. *Garofalides*, *V. Sourmelis* et *P. Tranos* 55

VOL. 6 JUNE 1956 FASCICULUS 1

HELLENIC RED CROSS

JOURNAL

OF THE "ASCLEPIION OF VOULA"

HALF YEARLY MEDICAL REVIEW

EDITORIAL BOARD

CHIEF EDITOR: TH GAROFALIDES Professor
6, Asclipiou Street 6 — Athens — Greece

SECRETARY: DEM. IOANNOVICH Lecturer
9, Hippocratous Street 9 — Athens — Greece

MEMBERS: GER. MICHALATOS — BEN. SOURMELIS
Hospital «Asclepiion of Voula» — Voula Attiki (Greece)

The editorial committee informs the foreign authors that the publication of original articles, clinical observations, case reports and subjects of general interest in the field and bordelines of bone and joints investigation is willingly admitted. All the articles addressed to the editorial Committee of the «Journal of Asclepiion of Voula» will be published in English, French or German according to the wish expreuue by the author. The «Journal of Asclepiion of Voula» would equallyc; :d cept the publication of Summaries of reports of medical Societil a summaries f articles published in other journals and medical reviewse

Analyses of textbooks; advertisements for lhe edition of medica books and journals as well as programs of Congresses.

The editorial Committee would willingly take charge of the translation into a foreign language of every work publish in Greek in the «Journal of Asclepiion of Voula» and required by the foreign authors.

Adress :

«Journal of Asclepiion of Voula»
Hospital Asclepiion of Voula
Voula (Athens) — Attiki
Greece

CONTENTS

Original articles

«Prognosis in postopoliomyelitic paralysis» By Dr. ***Chrys. Chryssrnthakis*** and ***H Hadzi*** 17

«Final prognosis in postopoliomyelitic paralysis By Dr ***Chrys. Chryssanthakis*** and ***J. Tsakoniatis*** 22

«Osteitis condensans ilei» By Dr ***V. Sourmelis*** 35

«Vertebra plana due to eosinophilic granaloma» By Dr. ***M. Dimitsas*** 41

«Klippel—Feil syndrome» By Dr ***K. Paissios*** 49

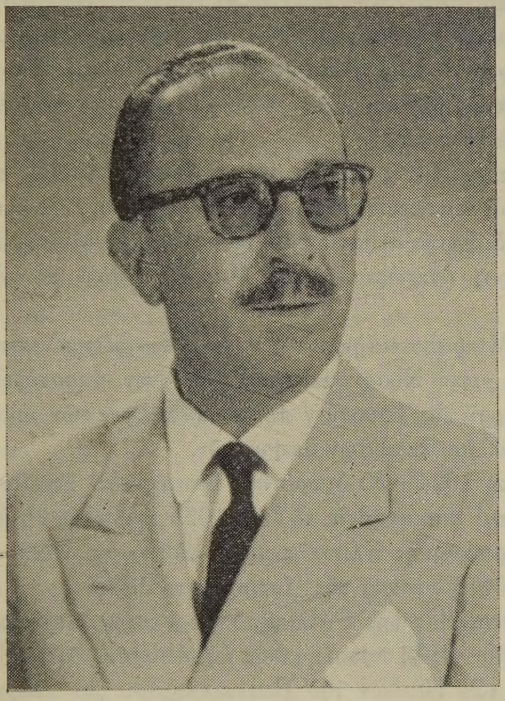
«The hyalouronidase in the treatmant of idiopathic and post—traumatic hydarthrosis of the Knee» By Prof. ***Th. Garofalides, V. Sourmelis*** and ***P. Tranos*** 56

ΤΟΜΟΣ 6ος ● ΙΟΥΝΙΟΣ 1956 ● ΤΕΥΧΟΣ 1ον

ΕΚΛΟΓΗ ΚΑΘΗΓΗΤΟΥ

Εἰς τὰς 18 Ἰουνίου ἐ. ἔ. ἐξελέγη παμψηφεὶ καθηγητὴς τῆς ὀρθοπεδικῆς ἐν τῷ Πανεπιστημίῳ Ἀθηνῶν ὁ Θεόδωρος Γαροφαλίδης.

Ἡ ἁλματώδης πρόοδος τοῦ κλάδου τούτου τῆς χειρουργικῆς κατὰ τὰ τελευταῖα ταῦτα ἔτη καθιστᾶ ἐπιτακτικὴν καὶ ἀναγκαίαν τὴν πλήρωσιν τῆς ἕδρας ταύτης, τοσούτῳ μᾶλλον καθ' ὅσον ἡ ὀρθοπεδικὴ ἐν Ἑλλάδι λόγῳ πολ-



Ο ΕΚΛΕΓΕΙΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Θ. Γ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ

λῶν ἀτυχιῶν καὶ λόγῳ ἐλλείψεως συντονισμοῦ ὄχι μόνον δὲν προωθεῖτο, ἀλλὰ σαφῶς ὑστέρει ἔναντι τῶν ἄλλων ἰατρικῶν εἰδικοτήτων.

Ὡς ἐκ τούτου ἡ ἐκλογὴ τοῦ κ. Θ. Γαροφαλίδου, τελείως κατηρτισμένου ἐπιστημονικῶς, παρακολουθοῦντος ἐκ τοῦ ἐγγὺς ἑκάστην πρόοδον ἐν τῇ ὀρθοπεδικῇ καὶ ἔχοντος τὴν ἱκανότητα νὰ ἐφαρμόζῃ τὰς προόδους ταύτας καὶ νὰ μὴ παρασύρεται ἐκ τῶν ὑπερβολικῶν ἐνθουσιασμῶν, τοὺς ὁποίους προκαλεῖ ἑκάστη νέα ἀνακάλυψις ἐν τῇ ἀρχῇ αὐτῆς, ἀναλώσαντος ὁλόκληρον τὴν ζωὴν αὐτοῦ ἐν τοῖς Νοσοκομείοις, ἀνθρώπου τέλος ἠθικοῦ, ἐντίμου, δικαίου,

εὐθέος καὶ εἰλικρινοῦς, ἀτόμου πλήρους δραστηριότητος καὶ κεκοσμημένου δι' ἀπαραμίλλου διδακτικοῦ ταλάντου, ἱκανοποίησε τὸν ἐπιστημονικὸν κόσμον καὶ ἐχαροποίησε τοὺς νέους ὀρθοπεδικούς, οἵτινες συγχαίροντες τοῦτον διὰ τὴν ἐπαξίαν ἐκλογὴν ἐγκαρδίως τῷ εὐχόμεθα ἐπιτυχίαν εἰς τὸ πολυπλεύρως δύσκολον ἔργον του καὶ ὑποσχόμεθα ὁλόκληρον τὴν συμπαράστασιν εἰς τὴν φιλότιμον προσπάθειαν, εἰς ἣν ἀποδύεται διὰ τὴν ἀνόρθωσιν καὶ θεμελίωσιν τῆς Ὀρθοπεδικῆς ἐν Ἑλλάδι.

ΟΙ ΜΑΘΗΤΑΙ ΤΟΥ

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΝ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Ὁ Θεόδωρος Γ. Γαρσφαλίδης ἐνεγράφη εἰς τὴν Ἰατρικὴν Σχολὴν τοῦ Ἐθνικοῦ Πανεπιστημίου τὸ ἔτος 1916—17, περατώσας δὲ τὰς σπουδάς του ἔτυχε πτυχίου τὸ ἔτος 1921.

Δευτεροετὴς φοιτητὴς ὢν ὑπηρέτησεν ὡς ὑποβοηθὸς τῆς Β' Χειρουργικῆς Κλινικῆς τοῦ Πανεπιστημίου (1917—18). Κατὰ τὰ ἔτη 1919 καὶ 1920 ὑπηρέτησεν εἰς διάφορα στρατιωτικὰ Νοσοκομεῖα καὶ ὀνομασθεὶς (1921) ἔφεδρος ἀνθυπίατρος ἀνεχώρησεν εἰς Μικρὰν Ἀσίαν μὲ τὸ 52ον σύνταγμα πεζικοῦ.

Μετὰ τὴν Μικρασιατικὴν καταστροφὴν ὑπηρέτησε κατὰ διαστήματα εἰς διάφορα Στρατιωτικὰ Νοσοκομεῖα καὶ μετέσχεν ἀποστολῶν τοῦ Ἑλληνικοῦ Ἐρυθροῦ Σταυροῦ εἰς Τουρκίαν πρὸς περίθαλψιν τῶν προσφύγων, τιμηθεὶς δι' εἰδικοῦ μεταλλίου ἐκτάκτων ὑπηρεσιῶν.

Κατὰ τὰ ἔτη 1924—25 διωρίσθη ἐσωτερικὸς διευθυντὴς τοῦ Ἀσκληπιείου Βούλας καὶ παραιτηθεὶς τὸ ἔτος 1925 προσελήφθη ὡς ἐσωτερικὸς βοηθὸς τῆς Β' Χειρουργικῆς Κλινικῆς μέχρι τοῦ ἔτους 1929.

Ἀνηγορεύθη διδάκτωρ τῆς Ἰατρικῆς τὸ 1928.

Τυχὼν ὑποτροφίας τῆς Γαλλικῆς κυβερνήσεως παρέμεινεν εἰς Παρισίους κατὰ τὰ ἔτη 1930—1931 προσληφθεὶς ὡς assistant officiel εἰς τὴν Χειρουργικὴν Κλινικὴν τῶν Παίδων τοῦ Πανεπιστημίου τῶν Παρισίων ὑπὸ τὸν καθηγητὴν L. Ombrédanne.

Εἰς τὴν Γαλλίαν παρηκολούθησεν ἀνώτερα ἐκπαιδευτικὰ φροντιστήρια ἐπειγούσης χειρουργικῆς, χειρουργικῆς τῶν παίδων, ὀρθοπεδικῆς καὶ ὀστεοαρθρικῆς φυματιώσεως εἰς τὰς Κλινικὰς τοῦ Delbet, Veau, Lance, Huc, Roederer.

Μετὰ τὴν ἐπιστροφήν του εἰς Ἑλλάδα εἰργάσθη ὡς ἔκτακτος ἐπιμελητὴς τῆς Β' Πανεπιστημιακῆς Χειρουργικῆς Κλινικῆς ὑπὸ τὸν ἀείμνηστον καθηγητὴν Ν. Ἀλιβιζᾶτον, ἀκολούθως δὲ (1935—1942) ὡς εἰδικὸς ἄμισθος ἐπιμελητὴς τῆς Α' Χειρουργικῆς Κλινικῆς τοῦ «Εὐαγγελισμοῦ» ὑπὸ τὸν καθηγητὴν κ. Γ. Καραγιαννόπουλον.

Ἀνηγορεύθη ὑφηγητὴς τῆς Ὀρθοπεδικῆς τὸ ἔτος 1936.

Προσελήφθη Διευθυντὴς χειρουργὸς τῆς Β΄ Ὀρθοπεδικῆς Κλινικῆς τοῦ «Ἀσκληπιείου Βούλας» τὸ ἔτος 1938, εἰς θέσιν, ἣν κατέχει μέχρι σήμερον.

Τὸ ἔτος 1938 ἀνεχώρησεν εἰς ἐπιστημονικὸν ταξίδιον ἐπισκεφθεὶς τὴν Γερμανίαν, Σουηδίαν, Ἀμερικὴν καὶ Γαλλίαν.

Τὸ ἔτος 1948 ἐξελέγη ἔκτακτος καθηγητὴς τῆς Ὀρθοπεδικῆς ἐν τῷ Ἐθνικῷ καὶ Καποδιστριακῷ Πανεπιστημίῳ.

Εἶναι μέλος πλείστων ὅσων Ἐπιστημονικῶν Ἑταιρειῶν ἐν Ἑλλάδι καὶ Ἀλλοδαπῇ, ἰατρὸς σύμβουλος πλείστων ὅσων Ἱδρυμάτων.

Μετὰ τὸν Β΄ παγκόσμιον πόλεμον ἐπισκέπτεται σχεδὸν κατ' ἔτος τὴν Εὐρώπην καὶ Ἀμερικὴν παρακολουθῶν τὰς συγχρόνους ἐξελίξεις τῆς Ὀρθοπεδικῆς.

Κατὰ τὸ διάστημα τῆς ἐπιστημονικῆς του σταδιοδρομίας ἀνεκοίνωσεν ἢ ἐδημοσίευσεν 110 ἐργασίας.

Γ. ΜΙΧΑΛΑΤΟΣ

ΠΡΟΓΝΩΣΙΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΛΥΣΕΩΝ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙ 115 ΗΜΕΤΕΡΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ὑπὸ

ΧΡΥΣ. ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗ

Διευθυντοῦ Κέντρου Ἀποκαταστάσεως Ἀναπήρων Παίδων Βούλας

καὶ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ ΧΑΤΖΗ

Φυσικοθεραπευτρίας τοῦ ΚΑΑΠΒ

Κατὰ τὸ πρῶτον ἔτος τῆς λειτουργίας τοῦ Κέντρου Ἀναπήρων Παίδων Βούλας (Ἰούλιος 1954—Ἰούλιος 1955) ἐνοσηλεύθησαν 219 παιδία πάσχοντα ἐκ μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων. Τὰ 169 ἐκ τούτων ὑπῆρξαν θύματα τῆς ἐπιδημίας πολιομυελίτιδος, ἡ ὁποία ἔπληξε τὴν Ἑλλάδα κατὰ τὸ παρελθὸν ἔτος καταλιποῦσα ἀρκετὰς ἑκατοντάδας ἀναπήρων παιδιῶν. Εἰς τὴν παροῦσαν ἔρευναν ἀναλύεται ἡ ἀνάληψις τῶν μυῶν 115 ἐκ τῶν περιπτώσεων τῆς προσφάτου ἐπιδημίας κατὰ τὴν διάρκειαν δεκαμήνου κατὰ μέσον ὅρον θεραπείας ἐν τῷ Κέντρῳ καὶ ἐκ τῆς ἀναλύσεως ταύτης ἐξάγονται ἀξιόλογα συμπεράσματα ἀφορῶντα ἰδίως εἰς τὴν πρόγνωσιν τῶν πολιομυελιτικῶν παραλύσεων.

Κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη ἐρευνηταί τινες (ὡς ὁ Lenhard 1943, Watkins 1949, Green 1949, Sharrard 1955) παρουσίασαν παρομοίας ἀναλύσεις. Ἰδιαιτέρως ἀναφέρω τὴν ἔρευναν τοῦ Sharrard, ὁ ὁποῖος παρηκολούθησεν ἐπὶ τριετίαν 142 τοιαύτας περιπτώσεις καὶ παρετήρησεν ὅτι ἡ ἀνάληψις τῶν μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων ὅλων τῶν μυῶν εἰς ὅλους τοὺς πάσχοντας ἀκολουθεῖ τοιαύτην ὁμοιομορφίαν, ὥστε νὰ δυνάμεθα μετὰ σχετικῆς ἀκριβείας νὰ γνωρίζωμεν ἀπὸ τοῦ δευτέρου μηνὸς μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου τὴν τύχην τῶν μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων, ἐφ' ὅσον βεβαίως ἐφαρμοσθῇ ἡ κατάλληλος θεραπεία.

Ἡ πρόγνωσις τοῦ βαθμοῦ ἀναλήψεως τῶν μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων δύναται νὰ βοηθήσῃ μεγάλως καὶ τὸν ἰατρὸν καὶ τοὺς γονεῖς εἰς τὴν λύσιν τῶν πολλῶν προβλημάτων, τὰ ὁποῖα δημιουργοῦν τὰ ἀνάπηρα αὐτὰ παιδιά.

Ἡ ἔρευνα τοῦ Sharrard καλύπτει τὰ τρία πρῶτα ἔτη μετὰ τὴν ἐγκατάστασιν τῶν παραλύσεων τούτων, δηλ. ὑπερκαλύπτει τὸ χρονικὸν διάστημα, κατὰ τὸ ὁποῖον παρατηρεῖται βελτίωσις εἰς τοὺς παραλύτους ἐκ πολιομυελίτιδος μύες καὶ τὸ ὁποῖον κατὰ κοινὴν συμφωνίαν τῶν ἐρευνητῶν ἀνέρχεται εἰς δύο περίπου ἔτη. Οἱ πλεῖστοι τῶν ἡμετέρων πασχόντων εἰσῆλθον ἕνα ἕως δύο μῆνας μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου εἰς τὸ Κέντρον καὶ παρηκολουθήθησαν ἐπὶ δεκάμηνον περίπου, δηλ. ἕως συμπληρώσεως τοῦ πρώτου μετὰ τὴν

εἰσβολὴν τῆς νόσου ἔτους. Ἡ σημασία τῆς ἡμετέρας ἐρεύνης δὲν εἶναι μικροτέρα, διότι ἀναφέρεται ἐπίσης εἰς μέγαν ἀριθμὸν περιπτώσεων (115) καὶ καλύπτει τὸ πρῶτον ἔτος, δηλ. τὸ χρονικὸν διάστημα, κατὰ τὸ ὁποῖον συμβαίνει τὸ μέγιστον μέρος τῆς μυϊκῆς ἀναλήψεως. Οὕτως ἡ ἡμετέρα ἔρευνα ἐπιβεβαιώνει τὰς πλείστας τῶν παρατηρήσεων τοῦ Sharrard καὶ συμπληρώνει ταύτας, διότι δὲν εἶναι μόνον ἐνδιαφέρουσα ἡ πρόγνωσις τῆς τελικῆς μυϊκῆς ἀναλήψεως, ἀλλὰ καὶ ἐκείνης τοῦ πρώτου ἔτους, ἀφοῦ ἡ θεραπεία τῶν τοιούτων πασχόντων ἐντὸς τῶν Κέντρων Ἀποκαταστάσεως συνήθως δὲν παρατείνεται πέραν τῆς συμπληρώσεως ἑνὸς ἔτους ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου καὶ ἡ πρόγνωσις τῆς καταστάσεως τοῦ πάσχοντος κατὰ τὴν ἔξοδόν του ἐκ τοῦ Κέντρου ἐνέχει ἀρκετὴν σπουδαιότητα. Οὕτως ὁ πάσχων θὰ δύναται νὰ ἐφοδιασθῇ ἐγκαίρως μὲ τὰ ἀναγκαῖα μηχανήματα ἢ ἄλλα μέσα, τὰ ὁποῖα θὰ χρησιμοποιῇ μετὰ τὴν ἔξοδόν του ἐκ τοῦ Κέντρου καὶ τὴν ἐπιστροφήν του εἰς τοὺς γονεῖς του, οἱ ὁποῖοι εἰς πλείστας τῶν περιπτώσεων διαμένουν εἰς τὴν ἐπαρχίαν. Ἐπίσης θὰ εἶναι ἐκ τῶν προτέρων γνωσταὶ αἱ δυνατότητες Σχολικῆς ἢ Ἐπαγγελματικῆς ἐκπαιδεύσεως, ὡς καὶ ὁ πιθανὸς χρόνος παραμονῆς τοῦ πάσχοντος εἰς τὸ Κέντρον. Ἕτερον ἐνδιαφέρον σημεῖον τῆς ἡμετέρας ἐρεύνης εἶναι ἡ παρακολούθησις τῆς ἀναλήψεως τῶν μυῶν δύο ὁμάδων πασχόντων, ἐκ τῶν ὁποίων ἡ μία εἶχεν ὑποβληθῇ εἰς τὴν κατάλληλον θεραπείαν ἀμέσως μετὰ ἐγκατάστασιν τῶν παραλύσεων, ἐνῷ ἡ ἑτέρα εἶχεν ὑποβληθῇ εἰς ἀτελῆ θεραπείαν. Ἡ σύγκρισις τῶν ἀποτελεσμάτων τῶν δύο αὐτῶν ὁμάδων ὑπῆρξεν ἐνδιαφέρουσα διὰ τὴν ἀξίαν τῆς ἐγκαίρου ἐνάρξεως τῆς καταλλήλου θεραπείας.

Ἀπὸ πότε εἶναι δυνατὴ ἡ πρόγνωσις

Αἱ ἡμέτεραι παρατηρήσεις διαφωνοῦν κάπως μὲ ἐκείνας τοῦ Sharrard, κατὰ τὰς ὁποίας ἡ πρόγνωσις τῶν μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων εἶναι δυνατὴ μετὰ πάροδον ἑνὸς μηνὸς ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου. Ἐπὶ τοῦ σημείου τούτου ἡ ἡμετέρα ἔρευνα ἀπέδειξεν, ὅτι κατὰ τοὺς πρώτους δύο μῆνας μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου οὐδεμία ὑπεύθυνος πρόγνωσις δύναται νὰ γίνῃ, διότι κατὰ τὸ χρονικὸν τοῦτο διάστημα ἡ ἀνάληψις τῶν παραλύτων μυῶν εἶναι ἀνώμαλος. Οὕτως ἐνῷ εἰς πολλὰς περιπτώσεις παρατηρεῖται ῥαγδαία βελτίωσις, εἰς ἄλλας παρατηρεῖται βραδεῖα ἀνάληψις. Μετὰ τὴν πάροδον δύο μηνῶν, ἤτοι ἀπὸ τοῦ τρίτου μηνός, παρετηρήσαμεν ὁμοιόμορφον ἀνάληψιν τῶν μυῶν, ὥστε αἱ ἡμέτεραι στατιστικαὶ ἀναφέρονται ἀπὸ τοῦ τρίτου μηνός.

Ἡμέτεραι περιπτώσεις καὶ ἡ μέθοδος ἐρεύνης τούτων

Ἡ ἡμετέρα ἔρευνα, ὡς ἤδη ἀνεφέρθη, ἀναφέρεται εἰς 115 πάσχοντα παιδία μέσης ἡλικίας 3 $^1/_2$ ἐτῶν νοσηλευθέντα εἰς τὸ Κ.Α.Α.Π.Β. ἀπὸ τοῦ Ἰουλίου 1954 ἕως τὸ τέλος τοῦ Ἀπριλίου 1955. Τὰ πλεῖστα τῶν παιδιῶν

αὐτῶν εἰσήχθησαν εἰς τὸ Κέντρον μετὰ πάροδον ἑνὸς ἕως δύο μηνῶν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου. Οἱ ἀνωτέρω πάσχοντες παρουσίαζον παραλύσεις εἰς 168 ἄνω καὶ κάτω ἄκρα, ἤτοι οἱ 45 ἄνω ἄκρων καὶ οἱ 123 κάτω ἄκρων. 'Η παροῦσα ἔρευνα ἀναφέρεται εἰς 798 μύες ἢ ὁμάδας μυῶν ἄνω ἄκρων καὶ 1864 κάτω ἄκρων, οἱ ὁποῖοι παρουσίαζον μερικὴν ἢ ὁλικὴν παράλυσιν. Μύες τινές, οἱ ὁποῖοι ἐπιτελοῦν τὴν ἰδίαν λειτουργίαν καὶ οἱ ὁποῖοι συνήθως παρουσιάζουν ὁμαδικὴν παράλυσιν, ἀναφέρονται καθ' ὁμάδας, ἐνῷ μύες τινὲς δυσκόλως δυνάμενοι νὰ ἐξετασθοῦν, ὡς οἱ βραχεῖς στροφεῖς τοῦ ἰσχίου, ὁ ραπτικός, μύες τοῦ κορμοῦ ἀπεκλείσθησαν τῆς παρούσης ἐρεύνης πρὸς ἀποφυγὴν σοβαροῦ λάθους.

'Η μέθοδος τῆς μυϊκῆς ἐξετάσεως, ἡ ὁποία ἐφηρμόσθη, εἶναι ἡ ὑπὸ τοῦ Lovett εἰσαχθεῖσα διὰ τῶν χειρῶν ἐξέτασις τῶν μυῶν, καὶ ἡ βαθμολογικὴ κλίμαξ, ἡ ὁποία ἐχρησιμοποιήθη, εἶναι ἡ ὑποδειχθεῖσα ὑπὸ τοῦ Συμβουλίου 'Ιατρικῶν 'Ερευνῶν (1942) ὡς ἀκολούθως.

Μυϊκὴ Κατάστασις

Βαθμὸς	
0	Οὐδεμία μυϊκὴ ἀντίδρασις.
1	'Ελαχίστη μυϊκὴ ἀντίδρασις (σύσπασις).
2	'Ενεργητικαὶ κινήσεις εἶναι δυναταὶ μόνον μετὰ τὴν ἐξουδετέρωσιν τῆς βαρύτητος τοῦ μέλους.
3	'Ενεργητικαὶ κινήσεις εἶναι δυναταὶ καὶ ἄνευ ἐξουδετερώσεως τῆς βαρύτητος τοῦ μέλους.
4	'Ενεργητικαὶ κινήσεις εἶναι δυναταὶ παρὰ τὴν ἐφαρμογὴν ἀντιστάσεώς τινος ἐπὶ τοῦ μέλους.
5	'Ενεργητικαὶ κινήσεις σχεδὸν ἢ τελείως φυσιολογικαί.

Τὸ χρονικὸν διάστημα μεταξὺ δύο διαδοχικῶν μυϊκῶν ἐξετάσεων ἦτο περίπου δίμηνον. 'Η θεραπεία συνίστατο εἰς παθητικὰς καὶ ἐνεργητικὰς κινήσεις, εἰς ὑδροθεραπείαν καὶ ὑποβρυχίους ἀσκήσεις, εἰς διορθωτικὰς ἀσκήσεις καὶ εἰς ἐργασιοθεραπείαν, ὡς λεπτομερῶς ἀναφέρεται εἰς ἄρθρον μας εἰς τὸ περιοδικὸν «'Ιατρικαὶ 'Αθῆναι», 59 : 335, 1955. Εἰς περιπτώσεις μὴ ἀντιδρώσας εἰς τὴν φυσικοθεραπείαν ἐφηρμόσθη καὶ ἠλεκτροθεραπεία. 'Ορθοπεδικὰ μηχανήματα νυκτός, στηρίξεως καὶ βαδίσεως ἐφηρμόσθησαν εἰς ὅσας περιπτώσεις ἐκρίθη ἀναγκαῖον τοῦτο.

'Η διάρκεια τῆς θεραπείας ἐν τῷ Κέντρῳ τῶν πλείστων ἐκ τῶν περιπτώσεων τούτων ἦτο δεκάμηνος ('Ιούλιος 1955—'Απρίλιος 1955). Κατὰ τὸ χρονικὸν τοῦτο διάστημα ἐξῆλθον ὡς ἀποθεραπευθέντες 51 πάσχοντες μὲ πλήρη μυϊκὴν ἀποκατάστασιν ἢ παρουσιάζοντες μύες τινὰς μὲ βαθμὸν 4. Οὗτοι ἐκαλοῦντο κατὰ τρίμηνα χρονικὰ διαστήματα πρὸς ἐπανεξέτασιν.

Πάσχοντες μύες τῶν ἄνω ἄκρων

Οἱ μερικῶς ἢ ὁλικῶς παράλυτοι μύες ἢ ὁμάδες μυῶν τῶν ἄνω ἄκρων τῶν ἡμετέρων πασχόντων, οἱ ὁποῖοι ὑπεβλήθησαν εἰς ἔρευναν ἀνήρχοντο κατὰ τὴν ἔναρξιν τῆς παρούσης ἐρεύνης εἰς 798. Ὡς ἤδη ἀνεφέρθη ἡ παροῦσα ἔρευνα ἤρχισεν ἀπὸ τοῦ τρίτου μηνὸς ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου, διότι κατὰ τούς δύο πρώτους μῆνας ἡ μυϊκὴ ἀνάληψις ἀπεδείχθη ἀνώμαλος, ἐνῶ ἀπὸ τοῦ τρίτου μηνὸς ὑπῆρξεν ἀρκετὰ ὁμοιόμορφος. Κατὰ τὸ πέρας τῆς παρούσης ἐρεύνης, ἤτοι μετὰ δέκα μηνῶν περίπου θεραπείαν ἐν τῷ Κέντρῳ καὶ μετὰ πάροδον ἑνὸς ἔτους περίπου ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου, οἱ παράλυτοι μύες κατῆλθον εἰς 512, ἤτοι 286 (35%) ἐκ τούτων ἀπεκατεστάθησαν τελείως. Ἐκ τῶν 798 ἀναφερθέντων μυῶν οἱ 655 (82%) ἦσαν μερικῶς παράλυτοι καὶ οἱ 143 (18 %) ὁλικῶς παράλυτοι. Οὐδεὶς ἐκ τῶν ὁλικῶς παραλύτων μυῶν ἀπεκατεστάθη τελείως, ὥστε ἐκ τῶν 655 μερικῶς παραλύτων ἀπεκατεστάθησαν οἱ 286 (ἤτοι 43 %). Ἐκ τῶν μερικῶς παραλύτων παρέμειναν ἀμετάβλητοι, χωρὶς δηλ. νὰ κερδίσουν οὔτε ἕνα βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος οἱ 141 (21 %), ἐνῷ ἐκ τῶν ὁλικῶς παραλύτων παρέμειναν ἀμετάβλητοι οἱ 78 (60 %).

ΠΙΝΑΞ Ι

Κατανομὴ τῶν παραλύσεων εἰς τοὺς μύες τῶν ἄνω ἄκρων εἰς τὴν ἀρχὴν καὶ τὸ τέλος τῆς παρούσης ἐρεύνης :

Μύες ἄνω ἄκρων	Παράλυτοι μύες		Ὁλικῶς παράλυτοι		Ἀμετάβλητοι
	Ἀρχὴ	Τέλος	Ἀρχὴ	Τέλος	
Τραπεζοειδὴς	41	26	0	0	9
Μείζων θωρακικὸς	39	26	2	1	12
Δελτοειδὴς	43	33	14	8	12
Ἔξω στροφεῖς βραχίονος	36	26	6	3	9
Πλατὺς ραχιαῖος	40	29	8	5	14
Τρικέφαλος	34	25	12	6	13
Καμπτῆρες ἀγκῶνος	33	20	12	7	12
Κερκιδικὸς ἐκτείνων καρπὸν	28	17	2	1	5
Ὠλένιος ἐκτείνων καρπὸν	29	19	2	1	6
Ὑπτιασταὶ	34	22	3	2	8
Πρηνισταὶ	33	23	3	2	9
Κερκιδικὸς καμπτὴρ καρποῦ	32	17	5	2	6
Ὠλένιος καμπτὴρ καρποῦ	30	19	3	1	6
Κοινὸς ἐκτείνων δακτύλους	31	21	5	1	4
Ἐπιπολὴς καμπτὴρ δακτύλων	29	11	2	0	4
Βάθει καμπτὴρ δακτύλων	27	12	4	2	6
Μακρὸς ἐκτείνων μέγαν δάκτ.	30	20	4	1	8
Βραχὺς ἐκτείνων μεγ. δακτ.	29	19	5	3	9
Μακρὸς καμπτὴρ μεγ. δακτ.	30	19	6	2	8
Βραχὺς καμπτὴρ μεγ. δακτ.	29	17	7	6	11
Μακρὸς ἀπαγωγὸς μεγ. δακτ.	29	19	4	2	9
Βραχὺς ἀπαγωγὸς μεγ. δακτ.	30	18	8	5	10
Ἀντιθετικὸς	28	18	10	6	10
Μεσόστεοι	28	19	8	5	9
Μύες ὀπισθέναρος	26	17	8	6	11
Σύνολον	788	512	143	78	219

Πάσχοντες μῦες τῶν κάτω ἄκρων

Οἱ μερικῶς ἢ ὁλικῶς παράλυτοι μύες τῶν κάτω ἄκρων τῶν ἡμετέρων πασχόντων κατὰ τὴν ἀρχὴν τῆς παρούσης ἐρεύνης ἀνήρχοντο εἰς 1864, ἐνῷ κατὰ τὸ τέλος ταύτης κατῆλθον εἰς 1481, ἤτοι 386 (21 %), ἐκ τούτων ἀπεκατεστάθησαν τελείως, ἐκ τῶν 1864 τοιούτων μυῶν οἱ 1771 (63 %) ἦσαν μερικῶς παράλυτοι καὶ 693 (37 %) ὁλικῶς παράλυτοι. Οὐδεὶς ἐκ τῶν ὁλικῶς παραλύτων μυῶν ἀπεκατεστάθη τελείως, ὅθεν οἱ 386 ἀποκατασταθέντες ἀνήκουν εἰς τοὺς μερικῶς παραλύτους καὶ ἀποτελοῦν τὰ 33 % τούτων. Ἐκ τῶν μερικῶς παραλύτων παρέμεινεν ἀμετάβλητοι, χωρὶς δηλαδὴ νὰ κερδίσουν οὔτε ἕνα βαθμόν, 259 μύες, ἤτοι ποσοστὸν 22% ἐνῷ ἐκ τῶν ὁλικῶς παραλύτων παρέμειναν εἰς τὴν ἰδίαν κατάστασιν 457 μύες, ἤτοι ποσοστὸν65 %.

ΠΙΝΑΞ ΙΙ

Κατανομὴ τῶν παραλύσεων εἰς τοὺς μύες τῶν κάτω ἄκρων εἰς τὴν ἀρχὴν καὶ τὸ τέλος τῆς παρούσης ἐρεύνης :

Μύες κάτω ἄκρων	Παράλυτοι μύες		Ὁλικῶς παράλυτοι		Ἀμετάβλητοι
	Ἀρχὴ	Τέλος	Ἀρχὴ	Τέλος	
Καμπτῆρες μηροῦ	111	77	23	10	26
Ἀπαγωγοὶ μηροῦ	110	83	19	12	37
Προσαγωγοὶ μηροῦ	109	89	26	25	34
Μέγας γλουτιαῖος	111	90	31	18	43
Δικέφαλος μηριαῖος	113	87	43	31	47
Ἔσω καμπτῆρες	112	88	42	21	37
Τετρακέφαλος	111	89	45	21	34
Τείνων τὴν περιτονίαν	109	84	22	12	31
Πρόσθιος κνημιαῖος	112	99	72	56	62
Ὀπίσθιος κνημιαῖος	110	88	57	39	50
Περονιαῖοι	108	92	55	44	60
Ὀπίσθιοι μύες κνήμης	112	84	41	28	42
Μακρὸς ἐκτείνων δακτύλους	108	87	46	30	44
Μακρὸς ἐκτείνων μέγαν δάκτ.	106	83	48	38	48
Μακρὸς καμπτὴρ δακτύλων	109	90	52	30	36
Μακρὸς καμπτὴρ μεγ. δακτ.	108	87	42	33	51
Βραχεῖς πελματιαῖοι	105	80	28	19	34
Σύνολον	1864	1481	693	457	716

Ἀνάληψις μυῶν ἄνω καὶ κάτω ἄκρων

Ἡ παροῦσα μελέτη ἀφορᾷ τοὺς μύες, οἱ ὁποῖοι παρηκολουθήθησαν τὸ πρῶτον μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου ἔτος, ἐνῷ ἡ βελτίωσις τῶν μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων συνεχίζεται καὶ κατὰ τὸ δεύτερον μετὰ τὴν εἰσβολὴν ἔτος. Τοῦτο ἐλάχιστα μειώνει τὴν ἀξίαν τῆς παρούσης ἐρεύνης, ἂν ληφθῇ ὑπ' ὄψιν ὅτι τὰ 90 % τῆς βελτιώσεως τῶν τοιούτων μυῶν συντελεῖται ἐντὸς τοῦ πρώτου ἔτους. Κατὰ τὸ χρονικὸν διάστημα τῆς παρούσης ἐρεύνης (3ος ἕως 12ος μὴν μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου) ἐκ τῶν μερικῶς ἢ ὁλικῶς πα-

ραλύτων μυῶν τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων ἀποκατεστάθησαν τελείως εἰς μὲν τὰ ἄνω ἄκρα τὰ 35 % τούτων, εἰς δὲ τὰ κάτω ἄκρα τὰ 21 %. Ἡ διαφορὰ αὕτη μειοῦται κατὰ πολὺ ἂν ληφθῇ ὑπ' ὄψιν, ὅτι αἱ παραλύσεις τῶν κάτω ἄκρων ἦσαν εἰς τὰς πλείστας περιπτώσεις βαρύτεραι ἐκείνων τῶν ἄνω ἄκρων. Οἱ ὁλικῶς παράλυτοι μύες π. χ. τῶν ἄνω ἄκρων ἐκάλυπτον μόλις τὰ 18 % τοῦ συνόλου ἀριθμοῦ τῶν πασχόντων μυῶν, ἐνῷ τὸ ἀντίστοιχον ποσοστὸν εἰς τὰ κάτω ἄκρα ἦτο 37 %. Ἐκ τῶν μερικῶς παραλύτων μυῶν τῶν ἄνω ἄκρων ἀπεκατεστάθη τελείως ποσοστὸν ἀνερχόμενον εἰς 43 %, ἐνῷ ἐκ τῶν τοιούτων μυῶν τῶν κάτω τῶν κάτω ἄκρων τὸ ποσοστὸν τοῦτο ἦτο 33 %. Ἐν συμπεράσματι τὸ ποσοστὸν τῶν τελείως ἀποκατασθέντων μυῶν τῶν ἄνω ἄκρων ἦτο ὑψηλότερον ἐκείνου τῶν κάτω ἄκρων.

Ἐκ τῶν μερικῶς παραλύτων μυῶν τῶν ἄνω καὶ κάτω ἄκρων ποσοστὸν ἀνερχόμενον εἰς 20 % περίπου δὲν ἠδυνήθη νὰ παρουσιάσῃ βελτίωσιν τῆς μυϊκῆς ἰσχύος οὔτε ἑνὸς βαθμοῦ κατὰ τὸ χρονικὸν τοῦτο διάστημα, διὰ τοὺς ὁλικῶς ὅμως παραλύτους μύες τὸ ποσοστὸν τοῦτο ἀνέρχεται διὰ μὲν τοὺς μύες τῶν ἄνω ἄκρων εἰς 60 %, διὰ δὲ τοὺς μύες τῶν κάτω ἄκρων εἰς 65 %. Ὅθεν μύες οὐδόλως ἀντιδράσαστες μέχρι τοῦ τρίτου μηνὸς ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου θὰ παραμείνου μονίμως ὁλικῶς παράλυτοι εἰς ποσοστὸν 63 % περίπου. Τὸ ποσοστὸν τοῦτο ὑπερβαίνει τὰ 90 % διὰ τοὺς μύες, οἱ ὁποῖοι οὐδόλως ἀντέδρασαν μέχρι τοῦ ἕκτου μηνὸς ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου.

Οἱ ἀναλυτικοὶ πίνακες (I,II) τῶν μερικῶς καὶ ὁλικῶς παραλύτων μυῶν τῶν ἄνω καὶ κάτω ἄκρων παρουσιάζουν σημαντικὴν ὁμοιομορφίαν ὡς πρὸς τὴν ἀποκατάστασιν τῆς μυϊκῆς ἰσχύος. Ὑφίστανται βεβαίως μικραὶ διαφοραί. Οὕτω οἱ μύες τῶν ἄνω ἄκρων δεικνύουν μικρὰν ὑπεροχὴν ἐν σχέσει μὲ τοὺς μύες τῶν κάτω ἄκρων, μύες τινὲς τῶν ἄνω ἄκρων, ὡς οἱ μύες τῆς περιοχῆς τοῦ ὤμου καὶ οἱ βραχεῖς μύες τῆς χειρός, παρουσίασεν μεγαλειτέραν ἀντίστασιν εἰς τὴν θεραπείαν ἐν σχέσει μὲ τοὺς ὑπολοίπους μύες τῶν ἄνω ἄκρων καὶ τέλος οἱ περονιαῖοι καὶ ὁ πρόσθιος κνημιαῖος παρουσίασαν ἐπίσης μεγαλειτέραν ἀντίστασιν εἰς τὴν θεραπείαν ἐν σχέσει μὲ τοὺς ἄλλους μύες τῶν κάτω ἄκρων.

Τὸ μεγαλύτερον ποσοστὸν τῶν τελείως ἀποκατασταθέντων μυῶν ἀνήκει φυσικὰ εἰς τὴν ὁμάδα, ἡ ὁποία κατὰ τὴν ἔναρξιν τῆς παρούσης ἐρεύνης παρουσίαζε βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος 4, οὕτως ἐκ τῶν 262 τοιούτων μυῶν τῶν ἄνω ἄκρων οἱ 203 (77%) καὶ ἐκ τῶν 268 τοιούτων μυῶν τῶν κάτω ἄκρων οἱ 167 (62%) ἀπεκατεστάθησαν τελείως. Μύες λοιπὸν μὲ βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος 4 κατὰ τὸ τρίτον μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου μῆνα ἔχουν πιθανότητα 70% περίπου πλήρους ἀποκαταστάσεως.

Οἱ ἀκόλουθοι πίνακες παρουσιάζουν τὸ ποσοστὸν τῶν μυῶν, οἱ ὁποῖοι ἀπέκτησαν μετρίαν ἢ ἱκανοποιητικὴν ἰσχύν.

ΠΙΝΑΞ III

"Ανω ἄκρα

'Αρχικὸς βαθμὸς μυϊκῆς ἰσχύος (3 μῆνες μετὰ τὴν εἰσβολὴν)	Τελικὸς βαθμὸς (12 μῆνες μετὰ τὴν εἰσβολὴν)	Ποσοστὸν
0	5	0 %
1	5	0 %
2	5	5 %
3	5	25 %
4	5	77 %
0	4	0 %
1	4	10 %
2	4	23 %
3	4	55 %
0	3	13 %
1	3	35 %
2	3	52 %

ΠΙΝΑΞ IV

Κάτω ἄκρα

'Αρχικὸς βαθμὸς μυϊκῆς ἰσχύος (ἤτοι 3 μῆνες μετὰ τὴν εἰσβολὴν)	Τελικὸς βαθμὸς μυϊκῆς ἰσχύος (ἤτοι 12 μῆνες μετὰ τὴν εἰσβολὴν)	Ποσοστὸν ἐπὶ τῶν μυϊκῶν
0	5	0
1	5	0
2	5	4 %
3	5	20 %
4	5	64 %
0	4	1 %
1	4	5 %
2	4	21 %
3	4	59 %
0	3	6 %
1	3	33 %
2	3	50 %

Εἰς τοὺς πίνακας III καὶ IV παρατηροῦμεν τὰ ἀκόλουθα.

Μύες μὲ βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος Ο κατὰ τὸν τρίτον μετὰ τὴν εἰσβολὴν μῆνα οὐδεμίαν πιθανότητα ἔχουν ν' ἀποκατασταθοῦν τελείως (βαθμὸς 5) ἢ ν' ἀποκτήσουν ἱκανοποιητικὴν μυϊκὴν ἰσχύν, δύνανται ὅμως εἰς ποσοστὸν 35 % διὰ τὰ ἄνω ἄκρα καὶ 23 % διὰ τὰ κάτω ἄκρα νὰ ἀποκτήσουν μετρίαν μυϊκὴν ἰσχύν.

Μύες μὲ βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος 2 μόνον εἰς ποσοστὸν 5 % δι' ἀμφότερα τὰ ἄκρα δύναται νὰ ἀποκτήσουν ἱκανοποιητικὴν μυϊκὴν ἰσχὺν εἰς ποσοστὸν 22 % περίπου καὶ μετρίαν μυϊκὴν ἰσχὺν εἰς ποσοστὸν 50 % περίπου.

Μύες μὲ βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος 3 δύναται νὰ ἀποκατασταθοῦν τελείως εἰς μὲν τὰ ἄνω ἄκρα εἰς ποσοστὸν 25 %, εἰς δὲ τὰ κάτω ἄκρα εἰς ποσοστὸν

20 %, ἐνῷ δύνανται νὰ ἀποκτήσουν ἱκανοποιητικὴν μυϊκὴν ἰσχὺν εἰς μὲν τὰ ἄνω ἄκρα εἰς ποσοστὸν 55 % εἰς δὲ τὰ κάτω ἄκρα εἰς ποσοστὸν 59 %.

Μύες μὲ βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος 4 δύνανται νὰ ἀποκατασταθοῦν τελείως εἰς μὲν τὰ ἄνω ἄκρα εἰς ποσοστὸν 77 %, εἰς δὲ τὰ κάτω ἄκρα εἰς ποσοστὸν 64 %.

Ἡ πιθανότης μεταβάσεως ἀπὸ βαθμοῦ τινος εἰς τὸν ἀμέσως ἀνώτερον κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς παρούσης ἐρεύνης εὑρέθη περίπου ἡ ἰδία εἰς ὅλους τοὺς βαθμοὺς μὲ ἐξαίρεσιν τοὺς ὁλικῶς παραλύτους μύες.

Ἄνω	*Ἄκρα*	*Κάτω*	*Ἄκρα*
Βαθμοὶ	*Ποσοστὸν*	*Βαθμοὶ*	*Ποσοστὸν*
Ἀπὸ 4—5	77 %	Ἀπὸ 4—5	64 %
Ἀπὸ 3—4	80 %	Ἀπὸ 3—4	79 %
Ἀπὸ 2—3	78 %	Ἀπὸ 2—3	73 %

Θεωροῦμεν σκόπιμον νὰ ἀναφέρωμεν παρατηρήσεις τινὰς ἐπὶ τῆς σχέσεως τῶν παραλύτων μυῶν μετὰ τῶν νευροτομίων, ἐκ τῶν ὁποίων οὗτοι νευροῦνται. Εἰς τὰς ἡμετέρας περιπτώσεις παρετηρήσαμεν, ὅτι μύες, οἱ ὁποῖοι νευροῦνται ὑπὸ τοῦ ἰδίου νευροτομίου, παρουσιάζουν ὁμαδικὴν καὶ τοῦ αὐτοῦ περίπου βαθμοῦ παράλυσιν, καὶ ὅτι ἡ ἀνάληψις ἐκ τῶν παραλύσεων εἰς τοιούτους μύες εἶναι παράλληλος. Οἱ προσαγωγοὶ τοῦ μηροῦ μύες π. χ., οἱ ὁποῖοι νευροῦνται ἐκ τῶν 02, 03 καὶ 04 νευροτομίων, συνήθως παρουσιάζουν ὁμαδικὴν παράλυσιν τοῦ αὐτοῦ περίπου βαθμοῦ καὶ ἡ ἀνάληψις ἐκ τῆς παραλύσεως ταύτης εἶναι ὁμοιόμορφος εἰς ὅλους τοὺς παραλύτους προσαγωγοὺς τοῦ πάσχοντος σκέλους. Ὅταν ἀμφότερα τὰ ἄνω καὶ κάτω ἄκρα παρουσιάζουν παραλύτους μύες, τότε συχνάκις παρατηρεῖται στενὴ σχέσις μεταξὺ ὁμοίων ὁμάδων μυῶν ἢ μεμονωμένων μυῶν ἀμφοτέρων τῶν ἄνω ἢ κάτω ἄκρων. Ἐὰν π. χ. ἀμφότερα τὰ ἄνω ἄκρα πασχόντων τινῶν παρουσιάζουν παραλύσεις, τότε εἰς πολλὰς τῶν περιπτώσεων τούτων παρατηρεῖται τοῦ αὐτοῦ περίπου βαθμοῦ παράλυσις εἰς ἀμφοτέρους τοὺς δελτοειδεῖς μύες ἢ εἰς τοὺς ἐκτείνοντας ἢ τοὺς καμπτῆρας τῶν ἀντιβραχίων ἀμφοτέρων τῶν ἄνω ἄκρων. Ἡ δὲ ἀνάληψις τῶν συστοίχων τούτων παραλύτων μυῶν εἶναι συνήθως ἀπολύτως ὁμοιόμορφος. Εἴς τινας περιπτώσεις ἡ ὁμοιομορφία αὕτη τῶν παραλύσεων ὑπῆρξε λίαν χαρακτηριστική. Οὕτω παρετηρήθησαν παραλύσεις τοῦ αὐτοῦ βαθμοῦ εἰς ἀμφοτέρους τοὺς δελτοειδεῖς μύες, ἢ τοὺς περονιαίους, ἢ τοὺς προσθίους κνημιαίους, ἐνῷ ὅλοι οἱ ἄλλοι μύες ἀμφοτέρων τῶν ἄνω ἢ κάτω ἄκρων ἦσαν φυσιολογικοί.

Ἑτέρα ἀξιοσημείωτος παρατήρησις ὑπῆρξεν ἡ ἀκόλουθος. Ὁσάκις ὁμάς τις μυῶν παρουσίαζεν ὁλικὴν ἢ μεγάλου βαθμοῦ παράλυσιν, ἡ ὁμὰς ἢ αἱ ὁμάδες μυῶν, αἱ ὁποῖαι νευροῦνται ὑπὸ γειτονικῶν νευροτομίων, παρουσίαζον, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, βαθμόν τινα παραλύσεως. Ὁλικῶς παράλυτοι μύες τῆς κνήμης π.χ. συνωδεύοντο κατὰ κανόνα καὶ ἀπὸ μερικῶς παραλύτους μύες

τοῦ μηροῦ, ὁλικῶς παράλυτος δελτοειδὴς συνωδεύετο συνήθως ὑπὸ ἀσθενῶν μυῶν τῆς περιοχῆς τοῦ ὤμου κ.ο.κ.

Αἱ ἀνωτέρω παρατηρήσεις δὲν ἦσαν μὲν γενικαί, ἀλλ' εἰς σεβαστὸν ἀριθμὸν πασχόντων, ὥστε νὰ ἐπικαλεσθοῦν τὴν προσοχήν μας.

Σχέσις τοῦ χρονικοῦ διαστήματος ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου καὶ τῆς προβλεπομένης μυϊκῆς ἀναλήψεως.

Ἐγένετο προσπάθεια καθορισμοῦ τῆς μυϊκῆς ἀναλήψεως ἐν σχέσει μὲ τὸ χρονικὸν διάστημα, τὸ ὁποῖον παρῆλθεν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου. Πρὸς τοῦτο καθωρίσθη ἡ μυϊκὴ ἀνάληψις τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων ἀπὸ 5 χρονολογικοὺς σταθμούς, ἤτοι ἀπὸ τοῦ 3ου 4ου, 5ου, 6ου καὶ 7ου μηνὸς ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου, μέχρι τῆς συμπληρώσεως εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις τοῦ 12ου μηνός. Τὰ ἀποτελέσματα τῆς ἐρεύνης ταύτης ἔχουν ὡς ἀκολούθως.

Ἐκ τῶν κατωτέρω πινάκων (V, VI) φαίνεται σαφῶς, ὅτι ἡ ἀναμενομένη ἀνάληψις τῶν παραλύτων μυῶν εὑρίσκεται εἰς ἀντίστροφον σχέσιν μὲ τὸν χρόνον, ὁ ὁποῖος παρῆλθεν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου καὶ ὅτι αὕτη εἶναι μεγαλυτέρα εἰς τοὺς μύες τῶν ἄνω ἄκρων. Ἡ φθίνουσα αὕτη πρόοδος τῆς βελτιώσεως εἶναι πλέον ἐμφανὴς εἰς τοὺς μύες μὲ ἀρχικὴν βαθμολογίαν 0. Εἰς τοὺς μύες μὲ ἀρχικὸν βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος 4 τὸ εἰς βαθμοὺς κέρδος παρουσιάζεται μικρότερον, διότι τὸ περιθώριον βελτιώσεως εἶναι μικρὸν (ἑνὸς βαθμοῦ), ἀφοῦ τὸ φυσιολογικὸν ὅριον μυϊκῆς ἰσχύος εἶναι 5.

Οἱ μύες μὲ βαθμὸν ἰσχύος 1—3 παρουσιάζουν φθίνουσαν βελτίωσιν ἐν σχέσει μὲ τὸν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς χρόνον ὡς ἀκολούθως. Μύες τοῦ 3ου μηνὸς εἰς τὰ ἄνω ἄκρα παρουσιάζουν μέσην βελτίωσιν 1, 2 βαθμοῦ καὶ εἰς τὰ κάτω ἄκρα 1, 1 βαθμοῦ, μύες τοῦ 5ου μηνὸς εἰς τὰ ἄνω ἄκρα 1 καὶ εἰς τὰ κάτω ἄκρα 0, 9, μύες τοῦ 5ου μηνὸς εἰς τὰ ἄνω ἄκρα 0, 8 καὶ εἰς τὰ κάτω ἄκρα ἐπίσης 0, 8, μύες τοῦ 6ου μηνὸς εἰς τὰ ἄνω ἄκρα 0, 7, καὶ εἰς τὰ κάτω 0, 6 καὶ τέλος μύες τοῦ 7ου μηνὸς εἰς τὰ ἄνω ἄκρα 0, 7 καὶ εἰς τὰ κάτω ἄκρα 0, 6.

Ὁ Sharrard δίδει τοὺς ἀκολούθους βαθμοὺς βελτιώσεως ἐν σχέσει μὲ τὸν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς χρόνον. Εἰς τὰς περιπτώσεις τοῦ 1ου μηνὸς δίδει 2, 5 βαθμοὺς εἰς τὰ ἄνω ἄκρα καὶ 2 βαθμοὺς εἰς τὰ κάτω ἄκρα, εἰς τὰς περιπτώσεις τοῦ 2ου μηνὸς 2 βαθμοὺς εἰς τὰ ἄνω καὶ 1, 5 εἰς τὰ κάτω ἄκρα, εἰς τὰς περιπτώσεις τοῦ 4ου μηνὸς 1 βαθμὸν εἰς τὰ ἄνω καὶ 0, 75 εἰς τὰ κάτω ἄκρα. Εἰς τὰς ἡμετέρας περιπτώσεις οὐδεμίαν πρόγνωσιν διὰ τὰς περιπτώσεις τοῦ 1ου καὶ 2ου μηνὸς δίδομεν, διότι ὡς ἤδη ἔχει τονισθῆ κατὰ τοὺς δύο πρώτους μῆνας ἡ μυϊκὴ ἀνάληψις εἶναι λίαν ἀνώμαλος, αἱ προβλεπόμεναι ὅμως βελτιώσεις ἀπὸ τοῦ 3ου μηνὸς καὶ ἐκεῖθεν δὲν ἀπέχουν πολὺ

ΠΙΝΑΞ V
Ἄνω ἄκρα

Α			Β		
3ος—12ος μὴν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς			4ος—12ος μὴν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς		
Βαθμὸς 3ου μηνὸς	Βαθμὸς 12ου μηνὸς	Κέρδος	Βαθμὸς 4ου μηνὸς	Βαθμὸς 12ου μηνὸς	Κέρδος
0	0,9	0,9	0	0,7	0,7
1	2,3	1,3	1	2,1	1,1
2	3,1	1,1	2	3,1	1,0
3	4,1	1,1	3	4	1,0
4	4,8	0,8	4	4,7	0,7

Γ			Δ			Ε		
5ος—12ος μηνὸς			6ος—12ος μὴν			7ος—12ος μὴν		
5ου μηνὸς	12ου μηνὸς	Κέρδος	6ου μηνὸς	12ου μηνὸς	Κέρδος	7ου μηνὸς	12ου μηνὸς	Κέρδος
0	0,5	0,5	0	0,4	0,4	0	0,3	0,3
1	1,8	0,8	1	1,8	0,8	1	1,7	0,7
2	2,8	0,8	2	2,7	0,7	2	2,6	0,6
3	3,7	0,7	3	3,7	0,7	3	3,7	0,7
4	4,6	0,6	4	4,6	0,6	4	4,5	0,5

ΠΙΝΑΞ VI
Κάτω ἄκρα

Α			Β		
3ος—12ος μὴν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς			4ος—12ος μὴν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς		
Βαθμὸς 3ου μηνὸς	Βαθμὸς 12ου μηνὸς	Κέρδος	Βαθμὸς 4ου μηνὸς	Βαθμὸς 12ου μηνὸς	Κέρδος
0	0,7	0,7	0	0,6	0,6
1	2,2	1,2	1	2,0	1,0
2	3,1	1,1	2	2,8	0,8
3	4 0	1,0	3	4,0	1,0
4	4,65	0,65	4	4,6	1,6

Γ			Δ			Ε		
5ος—12ος μὴν			6ος—12ος μὴν			7ος—12ος μὴν		
5ου μηνὸς	12ου μηνὸς	Κέρδος	6ου μηνὸς	12ου μηνὸς	Κέρδος	7ου μηνὸς	12ου μηνὸς	Κέρδος
0	0,4	0,4	0	0,3	0,3	0	0,2	0,2
1	1,8	0,8	1	1,7	0,7	1	1,6	0.6
2	2,6	0.6	2	2,6	0,6	2	2,6	0,6
3	3,9	0,9	3	3 6	0,6	3	3,5	0,5
4	4,5	0,5	4	4,5	0,5	4	4,45	0,45

ἀπὸ ἐκείνας τοῦ Sharrard, ἂν ληφθῇ ὑπ' ὄψιν, ὅτι τοῦ Sharrard εἶναι αἱ τελικαὶ καὶ ἡμέτεροι εἶναι αἱ τοῦ πρώτου ἔτους.

Ἔχοντες ὑπ' ὄψιν λοιπὸν τὰ ἀποτελέσματα τῶν δύο τούτων ἐρευνῶν ἐπὶ τῆς προβλεπομένης μυϊκῆς ἀναλήψεως μέχρι τέλους τοῦ 1ου ἔτους καὶ τῆς τελικῆς δυνάμεθα ἀπὸ τῶν πρώτων μηνῶν τῆς παθήσεως νὰ γνωρίζωμεν μὲ σχετικὴν ἀκρίβειαν εἰς ποίαν κατάστασιν θὰ ἐξέλθῃ τοῦ Κέντρου παιδίον μὲ μεταπολιομυελιτικὰς παραλύσεις καὶ ποία θὰ εἶναι ἡ μόνιμος ἀναπηρία του.

Σπουδαιότης τῆς ἐγκαίρου θεραπείας.

Τὸ μέγιστον μέρος τῆς ἀναλήψεως τῶν παραλύτων μυῶν, ὡς ἤδη ἀνεφέρθη, συμβαίνει ἐντὸς τοῦ πρώτου ἑξαμήνου. Ἐκ τούτου δὲ φαίνεται σαφῶς ἡ σπουδαιότης τῆς ἐγκαίρου θεραπείας. Πρὸς ἐνίσχυσιν τῆς ἀπόψεως ταύτης θεωροῦμεν σκόπιμον νὰ ἀναφέρωμεν τὸν στατιστικὸν πίνακα τῶν ἀποθεραπευθέντων τοιούτων πασχόντων, οἱ ὁποῖοι ἐνοσηλεύθησαν εἰς τὸ Κ. Α. Α. Π. Β. κατὰ τὸ παρελθὸν ἔτος, ἐν σχέσει μὲ τὸν χρόνον, ὁ ὁποῖος παρῆλθεν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου μέχρι τῆς εἰσαγωγῆς εἰς τὸ Κέντρον καὶ ἑπομένως τῆς ἐνάρξεως τῆς καταλλήλου θεραπείας

ΠΙΝΑΞ VII

Χρόνος ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου	Ἀριθμὸς εἰσελθόντων πασχόντων	Ἀριθμὸς ἰαθέντων	Ποσοστὸν
1 Μὴν	80	35	44 %
2 μῆνες	35	9	26 %
3 »	12	3	25 %
4 »	5	1	20 %
5 »	5	1	20 %
6 »	10	2	20 %
7 »	9	—	—
8 »	5	—	—
9 »	1	—	—
10 »	4	—	—
	166	51	30 %

Ἐκ τοῦ ἀνωτέρω πίνακος ἐμφαίνεται, ὅτι ὅλαι αἱ ἰάσεις συνέβησαν ἐντὸς τοῦ πρώτου ἑξαμήνου ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου.

Ἀσφαλῶς τὸ μέγα ποσοστὸν τῶν ἰάσεων, τὸ ὁποῖον παρετηρήθη εἰς τοὺς εἰσελθόντας εἰς τὸ Κέντρον βραχὺ χρονικὸν διάστημα μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου, ὀφείλεται κυρίως εἰς τὸ πρόσφατον τῶν παραλύσεων τούτων, ἀλλὰ καὶ ἡ ἔγκαιρος ἔναρξις τῆς καταλλήλου θεραπείας συνετέλεσαν κάπως εἰς τοῦτο, ὡς ἐμφαίνεται ἐκ τῆς ἀκολούθου ἡμετέρας ἐρεύνης. Ἐκ τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων διεχωρίσαμεν δύο ὁμάδας παραλύτων μυῶν ἐκ 200 ἑκατέρα, αἱ ὁποῖαι παρουσίαζον ἰδίου περίπου βαθμοῦ παραλύσεις. Οἱ πά-

σχοντες τῆς μιᾶς ὁμάδος εἶχον εἰσέλθει εἰς τὸ Κέντρον ἕνα μῆνα περίπου μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου καὶ ὑπεβλήθησαν εἰς τὴν κατάλληλον θεραπείαν, ἐνῷ οἱ πάσχοντες τῆς ἑτέρας ὁμάδος εἰσῆλθον εἰς τὸ Κέντρον 6 μῆνας περίπου μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου καὶ κατὰ τὸ διαρρεῦσαν χρονικὸν διάστημα ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς ἕως τῆς εἰσόδου των εἰς τὸ Κέντρον εἶχον ὑποβληθῇ εἰς ἀτελῆ θεραπείαν. Κατὰ τὸ δεύτερον μετὰ τὴν ἔναρξιν τῆς παθήσεώς των ἑξάμηνον ἀμφότεραι αἱ ὁμάδες ὑπεβλήθησαν εἰς τὴν ἰδίαν θεραπείαν ἐντὸς τοῦ Κέντρου. Ἡ ὁμάς, ἡ ὁποία ὑπεβλήθη ἀπ' ἀρχῆς εἰς τὴν κατάλληλον θεραπείαν, παρουσίασεν μεγαλυτέραν ἀνάληψιν κατὰ μέσον ὅρον 0,2 τοῦ βαθμοῦ διὰ τὰ ἄνω ἄκρα καὶ κατὰ 0,15 διὰ τὰ κάτω ἄκρα ἐν σχέσει μὲ τὴν ὁμάδα, ἡ ὁποία ὑπεβλήθη μὲν κατὰ τὸ δεύτερον ἑξάμηνον εἰς τὴν ἰδίαν μὲ τὴν προηγουμένην ὁμάδα θεραπείαν, ἀλλὰ κατὰ τὸ πρῶτον ἑξάμηνον εἶχεν ὑποβληθῆ εἰς ἀτελῆ.

Ἡλικία καὶ Φῦλον ἐν σχέσει μὲ τὴν μυϊκὴν ἀνάληψιν.

Εἰς τὰς ἡμετέρας περιπτώσεις ἡ ἀνάληψις τῆς μυϊκῆς ἰσχύος ὑπῆρξεν ἀνεξάρτητος ἡλικίας καὶ φύλου. Συγγραφεῖς τινες ἀναφέρουν, ὅτι ἡ μικρὰ ἡλικία εὐνοεῖ τὴν ταχυτέραν μυϊκὴν ἀνάληψιν, εἰς τὰς ἡμετέρας ὅμως περιπτώσεις ἡ μέση ἡλικία ἦτο 3 1/2, ὥστε δὲν ὑπῆρχεν ἀρκετὸν πεδίον τοιαύτης ἐρεύνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τὰ ἐκ τῆς παρούσης ἐρεύνης σπουδαιότερα συμπεράσματα ἔχουν ὡς ἀκολούθως :

1) Κατὰ τοὺς δύο πρώτους μῆνας μετὰ τὴν ἔναρξιν τῆς παθήσεως ἡ πρόγνωσις τοῦ βαθμοῦ ἀναλήψεως τῶν πασχόντων μυῶν εἶναι ἀδύνατος, διότι κατὰ τὸ χρονικὸν τοῦτο διάστημα ἡ ἀνάληψις τῶν παραλύτων μυῶν εἶναι ἀνώμαλος.

2) Ἀπὸ τοῦ τρίτου ὅμως μηνὸς καὶ ἐκεῖθεν ἡ ἀνάληψις τῶν πλείστων παραλύτων μυῶν εἶναι ὁμαλή, ὥστε νὰ εἶναι δυνατὴ πρόγνωσις μὲ σχετικὴν ἀκρίβειαν. Πρόγνωσιν τῆς ἀναλήψεως τῶν παραλύτων μυῶν μέχρι τέλους τοῦ πρώτου ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου ἔτους δίδει ὁ ἡμέτερος πίναξ, ἐνῷ ὁ τοῦ Sharrard δίδει τὴν τελικήν. Σημειωτέον ὅτι τὰ 90% περίπου τῆς ἀναλήψεως συντελοῦνται ἐντὸς τοῦ πρώτου ἔτους.

3) Καὶ εἰς τοὺς δύο πίνακας παρουσιάζεται καλυτέρα ἡ πρόγνωσις τῶν παραλύσεων τῶν μυῶν τῶν ἄνω ἄκρων.

4) Ἡ ἔκτασις τῆς ἀναμενομένης ἀναλήψεως τῶν παραλύτων μυῶν εὑρίσκεται εἰς ἀντίστροφον σχέσιν μὲ τὸν χρόνον, ὁ ὁποῖος ἔχει παρέλθει ἀπὸ τῆς ἐνάρξεως τῆς παθήσεως.

5) Οἱ μύες, οἱ ὁποῖοι κατὰ τὸν 3ον μετὰ τὴν ἔναρξιν τῆς παθήσεως

μῆνα παρουσιάζονται ὁλικῶς παράλυτοι, ὀλίγας ἐλπίδας ἔχουν νὰ μεταβάλουν κατάστασιν καὶ ἐλαχίστας ἐλπίδας νὰ ἀποκτήσουν μετρίαν μυϊκὴν ἰσχύν. Μετὰ τὸν 6ον μῆνα αἱ ἐλπίδες αὗται ἐξατμίζονται τελείως.

6) Οἱ μύες, οἱ ὁποῖοι παρουσιάζουν βαθμὸν 4 κατὰ τὸν 3ον ἀπὸ τῆς ἐνάρξεως τῆς παθήσεως μῆνα, ἀναμένονται νὰ ἀποκατασταθοῦν τελείως, ἐνῷ τοιοῦτοι μύες μετὰ τὸν 6ον μῆνα ἔχουν πιθανότητες 50 % τελείας ἀποκαταστάσεως.

7) Οἱ μερικῶς παράλυτοι μύες μεταβαίνουν εἰς τὸν ἀμέσως ἑπόμενον βαθμὸν μυϊκῆς ἰσχύος, ἤτοι ἀπὸ 1 ἕως 2, ἀπὸ 2 ἕως 3, ἀπὸ 3 ἕως 4, ἀπὸ 4 ἕως 5, μὲ τὰς αὐτὰς περίπου πιθανότητας, ἐφ' ὅσον βεβαίως ὁ ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς χρόνος εἶναι ὁ αὐτός.

8) Ἡ ἀνάληψις τῶν μερικῶς ἢ ὁλικῶς παραλύτων μυῶν κατὰ τὸ πρῶτον ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς ἑξάμηνον εἶναι σημαντικῶς ταχυτέρα ἐν συγκρίσει μὲ τὴν κατὰ τὸ δεύτερον ἑξάμηνον ἀνάληψιν.

9) Οἱ μύες, οἱ ὁποῖοι κατὰ τὸ πρῶτον ἑξάμηνον ὑπεβλήθησαν εἰς τὴν κατάλληλον θεραπείαν παρουσιάζουν κατὰ τὸ δεύτερον ἑξάμηνον μεγαλυτέραν βελτίωσιν ἀπὸ ἐκείνην, τὴν ὁποίαν παρουσιάζουν κατὰ τὸ δεύτερον ἑξάμηνον, οἱ ὑποβληθέντες εἰς ἀτελῆ θεραπείαν κατὰ τὸ πρῶτον ἑξάμηνον. Ὅθεν ἡ ἔγκαιρος θεραπεία ἀποτελεῖ βασικὴν προϋπόθεσιν τῆς ἱκανοποιητικῆς ἀποκαταστάσεως τῆς λειτουργίας τοιούτων μυῶν.

10) Εἰς τὰς ἡμετέρας τοὐλάχιστον περιπτώσεις ἡ ἀνάληψις τῆς μυϊκῆς ἰσχύος ὑπῆρξεν ἀνεξάρτητος ἡλικίας καὶ φύλου.

11) Μύες, οἱ ὁποῖοι νευροῦνται ὑπὸ τῶν αὐτῶν νευροτομίων, συνήθως παρουσιάζουν ὁμαδικὴν καὶ τοῦ αὐτοῦ βαθμοῦ παράλυσιν, ὡσαύτως παρουσιάζουν χαρακτηριστικῶς ὁμοιόμορφον ἀνάληψιν τῆς μυϊκῆς των ἰσχύος. Σχέσις ἐπίσης παρετηρήθη εἰς τὰς παραλύσεις καὶ ἀνάληψιν ἐκ τούτων τῶν συστοίχων ἄνω ἢ κάτω ἄκρων, ὡς καὶ τῶν μυῶν οἱ ὁποῖοι νευροῦνται ἐκ γειτονικῶν νευροτομίων.

πόνοι

ἀρθρώσεων
καὶ μυῶν

BAUME ALGIPAN

ΥΠΕΡΑΙΜΙΚΟΝ
ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΟΝ
ΕΠΙΣΠΑΣΤΙΚΟΝ

MIDY
depuis
1718

Β. ΝΕΙΑΔΑΣ
ΑΘΗΝΑΙ 22.660

Μὲ σταθερὰν βάσιν τὴν ἀνὰ τὸν Κόσμον ἰατρικὴν πεῖραν,
ἡ Terramycin εἶναι γνωστὴ ὡς ἀποτελεσματικὴ... ὡς καλῶς ἀνεκτή.
Κλινικαὶ ἀποδείξεις συνεχῶς ἐπιβεβαιοῦν τὰ προσόντα ταῦτα.

Terramycin*

ὀνομασία διὰ τὴν ὀξυτετρακυκλίνην

ἐπὶ ὀφθαλμικῶν λοιμώξεων

« Ἐπὶ ὁμάδος 132 περιπτώσεων,
ἡ TERRAMYCIN ἀπεδείχθη ἰσχυρὸν φάρμακον
ἐναντίον πλείστων μικροοργανισμῶν
καὶ τινων διηθητῶν ἰῶν, προκαλούντων
ἐξωτερικὰς ὀφθαλμικὰς λοιμώξεις. »

Town, A. E.: Am. J. Ophth. 34:723, 1951.

Εὐρέως φάσμα
ἀντιβιοτικὴ δραστικὰ
ὑπὸ τὴν σφραγῖδα
τῆς ἀσφαλείας

Pfizer

Ὁ Μεγαλύτερος Παραγωγὸς Ἀντιβιοτικῶν τοῦ Κόσμου

VITAMIN-MINERAL FORMULATIONS
HORMONES

PFIZER CORPORATION, 25 Broad Steet, New York 4, N. Y., U.S.A.

Ἀποκλ. Ἀντιπρόσωποι ἐν Ἑλλάδι:
ΑΔΕΛΦΟΙ ΜΑΓΚΡΙΩΤΗ, Νίκης 9, Τηλ. 25-739, 56-357

* Σῆμα τοῦ Οἴκου Chas. Pfizer & Co., Inc.

4PT JX 1847

Prognostique des paralysies dues à la poliomyelite

Par Dr *Chys. Chryssanthakis—E. Hadzi* (Physiotherapists)

Resumé

Ces 115 malades souffrants de paralysie metapolimyelitique nous avons suivi l'evolution de 798 muscles paralysès de membres supérieurs et de 1864 muscles des membres inférieurs pendant un an à peu prés, après l'apparition de la maladie.

Nos observations, dans la plupart, sont d'accord avec celles de Sharrard (1955).

Pendant les deux premiers mois la recupération des muscles paralysès est irregulière, mais celle la est presque la même, dans la plupart de cas, après le troisième mois.

Les paralysies des muscles des membres supérieurs ont un prognostique un peu meilleur par rapport des celles ci des membres inferieurs. Selon nos cas les muscles qui sont soumis à un traitement regulier dés l' apparition de paralysie, ont presenté un avantage de 0,2 du degrè à peu prés, au deuxiéme semestre sur les autres qui sont soumis à un traitement incomplet pendant le premiére semestre.

Muscles innervés par les même neurotome, ont presenté, dans la plupart de cas, une paralysie en groupe et une parallèle amélioration.

Quand un group de muscles est séverement paralysé, les muscles innervés par les neurotomes voisins sont aussi frappés.

Prognosis in postpoliomyelitic paralysis

By Dr *Chrys. Chryssanthakis* and *H. Hadzi* (Physiotherapist)

Summary

The recovery during the first year after the onset in 798 paralyzed muscles of the upper limbs and in 1864 of the lower limbs in 115 patients treated in the Reabilitation Center of Voula (Athens) is presented.

Many observations of the author are similar to those of Sharrard (1955).

Uniformity of recovery was observed from the 3th month after the onset. During the first two months the recovery was irregular.

The rate of recovery is better in the paralyzed muscles of the upper limbs than in those of the lower limbs.

In the anthor's series the rate of recovery was higher (about 0,2 of degree) during the second semester in cases which had a proper treatement in the first semester in comparision with those which had not proper treatement in this period (first semester).

Muscles supplied by the same spinal segments presented a group paralysis and a characteristic uniformity in recovery. Similar observation has been in number of muscles of the opposite side but supplied by the same spinal segments, when both limbs are affected.

When a group of muscles is severely affected, the muscles supplied by the adjacent spinal segments are also attacked.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ***Green, W. T.***—The menagement of poliomyelitis— J.B. Lippincot Company, Philadelphia, P : 165, 1949.
2. ***Lenhard, R. E.***—The results of poliomyelitis in Baltimore—Jour. Bone and Joint Surgery, 25-132, 1943.
3. ***Lovett, R. W. and Jones, R.*** — Orthopaedic Surg — Baltimore, Williams Wood and Company, 1927.
4. ***Medical Research Counsil***—War memoradum No 7, aids to the investigation of peripheral nerve injuries. London : H. N. Stationery Office, 1942.
5. ***Sharrard, W. J. W.***—Muscle recovery in poliomyelitis—Jour. Bone and Joint Surg., 37-B : 63, 1955.
6. ***Watkis, A. L.*** Progressive disabilities in poliomyelitis—J. B. Lippincott Company, Philadelphia, P : 142, 1949.
7. ***Χρυσανθάκης Χρυσ.***—Θεραπεία τῶν ἐκ τῆς πολιομυελίτιδος παραλύσεων καὶ παραμορφώσεων—Ἰατρικαὶ Ἀθῆναι, 57-58 : 335 1954.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΙΣ
ΤΩΝ ΜΕΤΑΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΛΥΣΕΩΝ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙ 139 ΗΜΕΤΕΡΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ὑπὸ

ΧΡΥΣ. ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗ

Διευθυντοῦ Κέντρου Ἀποκαταστάσεως Ἀναπήρων Παίδων Βούλας

καὶ

ΙΩΑΝΝΟΥ ΤΣΑΚΩΝΙΑΤΗ

Προϊσταμένου Φυσικοθεραπευτοῦ Κ.Α.Α.Π.Β.

Τὸ πλεῖστον μέρος τῶν περιπτώσεων τῶν ἀναφερομένων εἰς τὴν προηγουμένην ἔρευναν κατέστη δυνατὸν νὰ παρακολουθηθῶσι καὶ κατὰ τὸ δεύτερον μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου ἔτος καὶ ἐπιπροσθέτως νέαι περιπτώσεις παρηκολουθήθησαν τοὐλάχιστον δύο ἔτη ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου. Οὕτω, τὸ σύνολον τῶν περιπτώσεων τῆς παρούσης ἐρεύνης ἀνέρχεται εἰς 139 πάσχοντας ἐκ μεταπολιομυελιτικῶν παραλύσεων, τῶν ὁποίων ἡ πρόοδος τῆς ἀναλήψεως τῆς μυϊκῆς ἰσχύος τῶν πασχόντων μυῶν παρηκολουθήθη μέχρι τῆς συμπληρώσεως δύο τοὐλάχιστον ἐτῶν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου, δηλαδὴ καθ' ὅλον τὸ διάστημα κατὰ τὸ ὁποῖον συμβαίνει ἡ βελτίωσις τῶν πασχόντων ὑπὸ μεταπολιομυελιτικῆς παραλύσεως μυῶν.

Οἱ 139 οὗτοι πάσχοντες παρουσίαζον 226 ἄνω καὶ κάτω ἄκρα μὲ μύες παραλύτους ἢ ἀσθενεῖς. Αἱ παραλύσεις ἀναφέρονται εἰς 170 κάτω ἄκρα μὲ 2203 μύες ἢ ὁμάδας μυῶν παραλύτους ἢ ἀσθενεῖς, καὶ εἰς 56 ἄνω ἄκρα μὲ 864 μύες παραλύτους ἢ ἀσθενεῖς.

Ἐκ τῶν 2203 πασχόντων μυῶν τῶν κάτω ἄκρων οἱ 1490 (67 %) ἦσαν ἀσθενεῖς (μυϊκὴ ἰσχὺς 2—4 βαθμῶν) καὶ οἱ 713 (33 %) ἦσαν παράλυτοι κατὰ τὴν εἴσοδόν των εἰς τὸ Κέντρον Ἀποκαταστάσεως Ἀναπήρων Παίδων Βούλας.

Ἐκ τῶν 1490 ἀσθενῶν μυῶν τῶν κάτω ἄκρων μετὰ παρέλευσιν δύο τοὐλάχιστον ἐτῶν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου ἀποκατεστάθησαν πλήρως 566 μύες (38 %), ἐβελτιώθησαν 43,5 % καὶ παρέμειναν ἀμετάβλητοι 18,5%, ἐνῷ ἐκ τῶν 713 παραλύτων μυῶν ἀπεκατεστάθησαν πλήρως 3 % μόνον, ἐβελτιώθησαν 34 % καὶ παρέμειναν ὁλικῶς παράλυτοι 63 %.

Ἐκ τῶν 864 πασχόντων μυῶν τῶν ἄνω ἄκρων οἱ 692 (80 %) ἦσαν ἀσθενεῖς καὶ οἱ 175 (20 %) ἦσαν παράλυτοι κατὰ τὴν εἴσοδόν των εἰς τὸ Κ. Α. Α. Π. Β.

Ἐκ τῶν 692 ἀσθενῶν μυῶν τῶν ἄνω ἄκρων μετὰ παρέλευσιν δύο τοὐλάχιστον ἐτῶν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς τῆς νόσου ἀπεκαταστάθησαν πλήρως 45 %,

que les muscles qui presents O n'ont aucune possibilitè de recupèrer complètement leur force.

S u m m a r y

Final prognosis in postpoliomyelitic paralysis

By Dr *Chryss. Chryssanthakis* and *J. Tsaconiatis* (Physiotherapist)

1) The recovery in 864 affected muscles of the upper limbe and in 2203 of the lower limbs in 139 patients two years after the onset of the polio is presented.

Those patients have been treated in the Rehabilitation Center of Voula (Athens).

2) In many muscles the recovery is continued in the second post-poliomyelitic year, but in a minimum degree (about 10 % of recovery of the first year).

3) Prognosis is better for the affected muscles of the upper limbs.

4) Muscles without any amelioration in the last six months of the first postpoliomyelitic year, they have not any change for amelioration in the futur.

This is more strake for the totally paralyzed muscles.

5) Muscles of 4 degrees strength in the third postpoliomyelitic month shall be completly recovered, but muscles totally paralyzed have not any change for complet recovery.

Ἐκ τῆς Βας Ὀρθοπεδικῆς Κλινικῆς τοῦ «Ἀσκληπιείου» Βούλας τοῦ Ε. Ε. Σ.
Διευθυντής: Ὁ Καθηγητὴς Θ. Γ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ

ΠΥΚΝΩΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΠΑΘΕΙΑ ΛΑΓΟΝΙΟΥ (ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ BARSONY ΚΑΙ POLGAR)

ΜΕΤΑ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΙΔΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ὑπὸ
Δρ Β. Ι. ΣΟΥΡΜΕΛΗ
Ἐπιμελητοῦ τῆς Βας Κλινικῆς

Ἡ πυκνωτικὴ ὀστεοπάθεια τοῦ λαγονίου (Π.Ο.Λ) ἀποτελεῖ νόσον ἀρκετὰ σπανίαν, ἐλάχιστα γνωστὴν ἐν Ἑλλάδι, πολλάκις συγχεομένην μετ' ἄλλων παθήσεων, ἰδίᾳ δὲ πρὸς τὴν φυματιώδη ἱερολαγονίτιδα. Ἐξ ὅσων γνωρίζομεν οὐδεμία ἀνακοίνωσις ἢ δημοσίευσις ἐν Ἑλλάδι ἐγένετο, βασιζομένη ἐπὶ Ἑλλήνων ἀσθενῶν. Τελευταίως ἐδημοσιεύθη διατριβὴ ἐπὶ διδακτορίᾳ τοῦ κ. Λ. Περέζ, βασιζομένη ἐπὶ 4 περιπτώσεων ληφθεισῶν ἐκ τῆς Κλινικῆς τοῦ S. De Séze τῶν Παρισίων.

Ὁ ὅρος Π.Ο.Λ. χρησιμοποιεῖται κυρίως διὰ τὴν περιγραφὴν ἀκτινολογικῆς εἰκόνος, χαρακτηριζομένης ἐκ διαταραχῶν τῆς φυσιολογικῆς ἀρχιτεκτονικῆς τμήματος τοῦ λαγονίου ὀστοῦ, κειμένου ἐγγὺς τῆς ἱερολαγονίου ἀρθρώσεως, ἄνευ ἀντιστοίχου ἢ ἄλλης ἀλλοιώσεως τοῦ ἱεροῦ ὀστοῦ ἢ τῆς ἱερολαγονίου ἀρθρώσεως. Ἡ διαταραχὴ αὕτη ἐκδηλοῦται ἀκτινολογικῶς ὡς αὔξησις τῆς πυκνότητος τοῦ πρὸς τὴν ἱερολαγόνιον γειτνιάζοντος τμήματος τοῦ λαγονίου καὶ συνηθέστατα τοῦ κάτω τμήματος αὐτοῦ.

Ἡ Π.Ο.Λ. θεωρεῖται ὅτι παρετηρήθη τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Brailsford τῷ 1924, ἂν καὶ δὲν ἐδημοσιεύθη ὑπὸ τούτου. Τῷ 1926 οἱ Sicard, Gally καὶ Haguenau ἐδημοσίευσαν πέντε περιστατικὰ ὀστικῆς πυκνώσεως διαφόρου ἐντοπίσεως, ὑπὸ τὴν ὀνομασίαν «πυκνωτικὴ ὀστεῖτις» ἀγνώστου αἰτιολογίας. Ἐξ αὐτῶν δημοσιεύουν τὰς ἀκτινογραφίας τριῶν περιπτώσεων μόνον, τῆς μιᾶς μετὰ πυκνώσεως τμήματος τοῦ λαγονίου ὡς καὶ ὁλικῆς τῶν 4ου καὶ 5ου ὀσφυϊκῶν σπονδύλων (πιθανῶς νόσου τοῦ Paget), τῆς ἑτέρας μετὰ πυκνώσεως τῆς πτέρνης καὶ τῆς τρίτης μετὰ πυκνώσεως τοῦ 4ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου καὶ ἐκτεταμένης πυκνώσεως ἀμφοτέρων τῶν λαγονίων. Τὰ ἄλλα δύο περιστατικά, τῶν ὁποίων δὲν δημοσιεύουν τὰς ἀκτινογραφίας, ἀναφέρουν, ὅτι ἀφοροῦν εἰς ἄτομα τὸ μὲν ἓν μετὰ πυκνώσεως τμήματος τοῦ λαγονίου καὶ τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου, τὸ δὲ ἕτερον μετὰ μερικῆς πυκνώσεως τοῦ 5ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου, τῆς δεξιᾶς ἱερολαγονίου καὶ τμήματος τοῦ ἀριστεροῦ λαγονίου.

Δύο ἔτη ἀργότερον οἱ Bàrsony καὶ Polgàr ἐδημοσίευσαν μελέτην, στηριζομένην ἐπὶ 15 περιπτώσεων ὀστικῆς πυκνώσεως τοῦ λαγονίου, ὑπὸ τὸν

* Ἀνακοίνωσις γενομένη εἰς τὴν Ἑλληνικὴν Ἑταιρίαν Ὀρθοπεδικῆς Χειρουργικῆς καὶ Τραυματιολογίας (συνεδρία τῆς 7-2-1956).

τίτλον «πυκνωτικὴ ὀστεΐτις τοῦ λαγονίου», ἀνεγνώριζον δὲ ὅτι ἡ διαταραχὴ συνίστατο εἰς πυκνωτικὴν ἐπεξεργασίαν. Οἱ τελευταῖοι δέον νὰ θεωρῶνται ὡς οἱ πρῶτοι περιγράψαντες τὴν νόσον. Τῷ 1945 οἱ Hare καὶ Haggart ἐδημοσίευσαν πραγματείαν, στηριζομένην ἐπὶ 23 περιπτώσεων, ἦσαν δὲ οἱ πρῶτοι συγγραφεῖς, οἵτινες περιέγραψαν τὴν συνύπαρξιν κλινικῶν ἐκδηλώσεων μετὰ τῆς ὡς Π.Ο.Λ. χαρακτηριζομένης ἀκτινολογικῆς εἰκόνος. 'Εθεώρουν τὴν νόσον ὡς ὀφειλομένην εἰς διαταραχὰς τῆς κυκλοφορίας τοῦ πάσχοντος τμήματος του λαγονίου.

Τῷ 1950 ὁ Knutsen ἐδημοσίευσε μελέτην, στηριζομένην εἰς 37 περιστατικά, ἐξ ὧν τὰ 35 θήλεα. Τελευταίως (1955) οἱ J. Arlet καὶ J. Mole παρετήρησαν τὴν νόσον ἐπὶ δύο ἀδελφῶν, ἐπὶ τῆς μιᾶς τῶν ὁποίων αἱ κρίσεις ὀσφυαλγίας συνωδεύοντο ὑπὸ ὑψηλοῦ πυρετοῦ. Διὰ τῆς μελέτης των ταύτης ἠθέλησαν νὰ θέσουν τὸ ἐρώτημα, ἐὰν ἡ Π.Ο.Λ. δύναται νὰ θεωρηθῇ ὡς οἰκογενὴς νόσος ἢ καὶ λοιμώδους αἰτιολογίας (λόγῳ τοῦ πυρετοῦ).

Φυλὴ—ἡλικία—φῦλον: 'Η νόσος δέον νὰ θεωρῆται ὡς προσβάλλουσα ἀποκλειστικῶς τὸ θῆλυ γένος. Παρατηρεῖται συχνότατα εἰς τεκούσας ἢ πολυτόκους γυναῖκας, ἡ δὲ συνυπάρχουσα ὀσφυαλγία ἐμφανίζεται κατὰ τὸ τελευταῖον τρίμηνον τῆς κυήσεως ἢ μετὰ τὸν τοκετόν. 'Απαντᾶται εἰς τὴν ἡλικίαν τῶν 20—45 ἐτῶν, μὲ μέσον ὅρον ἡλικίας 32 ἔτη.

"Απαντα τὰ δημοσιευθέντα περιστατικὰ παρετηρήθησαν ἐπὶ γυναικῶν τῆς λευκῆς φυλῆς. Οἱ F. Shipp καὶ E. Haggart ἐπὶ 100 ὑπ' αὐτῶν παρατηρηθέντων περιστατικῶν, ἀναφέρουν ὅτι ἅπαντα ἀφεώρουν γυναῖκας ἐνηλίκους τῆς λευκῆς φυλῆς.

Τὰ ἡμέτερα τέσσαρα περιστατικὰ ἀφοροῦν εἰς θήλεις, ἡλικίας 28, 26, 35 καὶ 37 ἐτῶν. 'Εκ τούτων ἡ πρώτη ἔγγαμος μετὰ τέκνου, ἡ δευτέρα ἔγγαμος, σχοῦσα 3 τοκετούς, αἱ ἕτεραι δύο ἄγαμοι ἄνευ τέκνων. Τὸ περίεργον εἶναι, ὅτι εἰς τὰ τρία τελευταῖα τῶν περιστατικῶν δὲν πρόκειται μόνον περὶ τῆς ὡς Π.Ο.Λ. χαρακτηριζομένης νόσου. Τὰ μὲν δύο ἐξ αὐτῶν συνωδεύοντο καὶ ὑπὸ ἀλλοιώσεων τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως, τὸ δὲ τρίτον τῆς σπονδυλικῆς στήλης (ἴδε ἀκτινογραφίας). Εἰς τὰ δύο τῶν περιστατικῶν (μετὰ τῶν προσβολῶν τῶν ἰσχίων) ἡ πάθησις ἦτο ἑτερόπλευρος, εἰς δὲ τὰ ἕτερα δύο ἀμφοτερόπλευρος.

Κλινικὴ εἰκών. Οὐδὲν χαρακτηριστικὸν κλινικὸν εὕρημα τῆς νόσου ὑπάρχει. Τὸ κυριώτερον σύμπτωμα τῆς νόσου εἶναι ἡ χρονία ὀσφυαλγία. 'Η ὀσφυαλγία αὕτη δυνατὸν νὰ ἐμφανισθῇ μετὰ κόπωσιν, δὲν αὐξάνεται μὲ τὸν βῆχα, τὸν πταρμὸν, ἢ τὴν μυϊκὴν ἔντασιν (προσπάθειαν), ἀκτινοβολεῖ μὲν πρὸς τὸν ἕνα ἢ ἀμφοτέρους τοὺς γλουτούς, οὐδέποτε δὲ κατὰ τὴν διαδρομὴν τοῦ ἰσχιακοῦ νεύρου. 'Η ὀσφυαλγία εἶναι μετρίας ἐντάσεως ἢ καὶ ἔντονος, ὑποχωροῦσα διὰ τῆς κατακλίσεως. 'Υπάρχουν περιστατικὰ ὑπὸ οὐδενὸς ἐνοχλήματος συνοδευόμενα. Τὸ ἄλγος δυνατὸν νὰ εἶναι συνεχὲς ἢ νὰ

ἐπέρχηται κατὰ παροξυσμούς. Πλεῖσται τῶν ἀσθενῶν ἀναφέρουν, ὅτι ἡ ὀσφυαλγία ἐνεφανίζετο κατὰ τὸ τελευταῖον τρίμηνον τῆς κυήσεως ἢ ἀμέσως μετὰ τὸν τοκετὸν ἢ παρετήρουν ἐπανεμφάνισιν ἢ ἐπιδείνωσιν τῆς ὀσφυαλγίας κατὰ τὴν διάρκειαν ἐπακολουθησασῶν κυήσεων. Εἰς ἄλλας τέλος ἀσθενεῖς τὸ ἄλγος ἐνεφανίσθη ὡς ἐπακόλουθον ταχείας αὐξήσεως τοῦ σωματικοῦ βάρους, σπανιώτατα δὲ ὡς ἐπακόλουθον τραυματισμοῦ.

Ἐπειδὴ ἡ Π.Ο.Λ. παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὰς ἐγκύους ἢ παχείας καὶ γενικῶς μετὰ χαλαροῦ κοιλιακοῦ μυϊκοῦ συστήματος καὶ ἑπομένως ὑπερλορδωτικάς, δὲν δυνάμεθα, τὸ καθ' ἡμᾶς, νὰ διακρίνωμεν, ἐὰν ἡ ὑπάρχουσα ὀσφυαλγία δέον νὰ ἀποδοθῇ εἰς τὴν Π.Ο.Λ. ἢ εἰς τὴν συνυπάρχουσαν ὑπερλόρδωσιν τῆς ὀσφυϊκῆς μοίρας. Ἐὰν δὲ ἀναφέρωμεν, ὅτι ἀφ' ἑνὸς μὲν τὰ χαρακτηριστικὰ τῆς ἀναφερθείσης ὀσφυαλγίας δυνατὸν νὰ παρατηρηθοῦν καὶ ἐπὶ ἁπλῆς ὑπερλορδώσεως (ὅτε ὀνομάζομεν ταύτην στατικήν, ἐξ ὑπερλορδώσεως, ὀσφυαλγίαν), ἀφ' ἑτέρου δὲ τὴν ὕπαρξιν ἀκτινολογικῆς εἰκόνος Π.Ο.Λ., ὑπὸ οὐδενὸς ἐνοχλήματος συνοδευομένης καὶ τυχαίως ἀνακαλυφθείσης (π. χ. ἐπὶ ἀκτινογραφίας μετὰ κάκωσιν), ἐκ τῶν ἀναφερθέντων καὶ μόνον συνάγεται τὸ πόσον δύσκολον εἶναι νὰ ἀποδοθῇ ἡ ὀσφυαλγία ἀποκλειστικῶς καὶ μόνον εἰς τὴν συνυπάρχουσον Π.Ο.Λ. Τελευταίως μάλιστα ὁ Trial ἐδημοσίευσε 5 περιπτώσεις (γυναῖκες), ἐξ ὧν αἱ τρεῖς ἄνευ οὐδενὸς κλινικοῦ σημείου (ἄλγους) καὶ εἰς τὰς ὁποίας ἡ Π.Ο.Λ. τυχαίως ἀνεκαλύφθη.

Πλὴν τῆς ἀναφερθείσης ὀσφυαλγίας, εἰς τὰ βαρέα περιστατικὰ παρατηρεῖται σύσπασις τῶν ραχιαίων μυῶν. Αἱ δοκιμασίαι διὰ πάθησιν τῆς ἱερολαγονίου (ἀπότομος κάθισις ἐπὶ ἐξεταστικῆς τραπέζης—πίεσις ἀμφοτέρων τῶν λαγονίων πρὸς ἄλληλα ἢ ἀντιθέτως—ὑπερβολικὴ κάμψις τοῦ μηροῦ πρὸς τὴν κοιλίαν μετὰ κεκαμένου γόνατος) ἀποβαίνουν βεβαίως ἀρνητικαί.

Τὸ μόνον σχεδὸν σταθερὸν εὕρημα εἶναι ἀνεπαρκεῖς κοιλιακοὶ μύες (ἄτομον παχὺ—ὑπερλόρδωσις).

Ἡ ταχύτης καθιζήσεως τῶν ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων κυμαίνεται ἐντὸς φυσιολογικῶν ὁρίων (μέχρι 20 χιλμ. τὴν 1ην ὥραν).

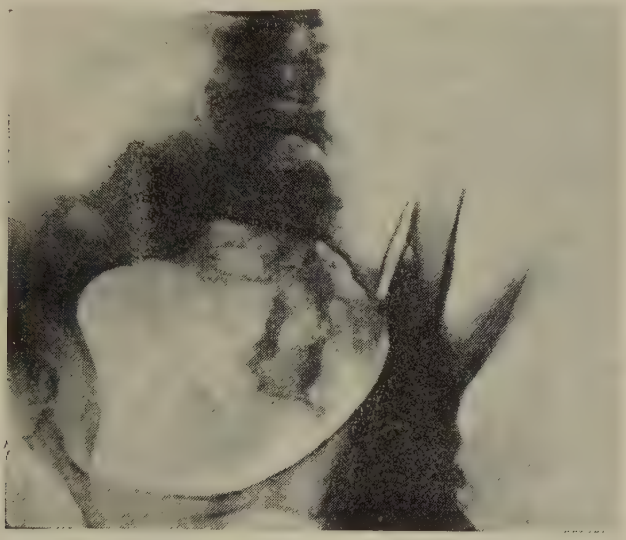
Ἀκτινολογικὴ εἰκών. Διὰ ταύτης καὶ μόνον τίθεται ἡ διάγνωσις. Ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν τῆς νόσου χαρακτηρίζεται ἐκ λίαν πυκνῆς καὶ ὁμογενοῦς σκιαγραφήσεως τμήματος τοῦ λαγονίου, γειτνιάζοντος πρὸς τὴν ἱερολαγόνιον ἄρθρωσιν καὶ ἐγγύς τοῦ κάτω τμήματος αὐτῆς. Ἡ ἱερολαγόνιος ἄρθρωσις, ὡς καὶ τὸ ἱερόν, εἶναι τελείως φυσιολογικαί. Ἡ ὡς ἄνω πυκνοτέρα σκιαγράφησις εἶναι συνήθως ἀμφοτερόπλευρος, σχήματος τριγωνικοῦ μετὰ σαφῶν ὁρίων.

Διὰ τῆς συνήθους ἀκτινογραφίας προσθιοπισθίας ἢ ὀπισθοπροσθίας εἶναι δύσκολον νὰ βεβαιωθῶμεν ἀπολύτως, ὅτι ἡ πύκνωσις ἀφορᾷ μόνον εἰς τὸ λαγόνιον, λόγῳ συμπτώσεως τῆς σκιᾶς τοῦ ἱεροῦ καὶ τοῦ λαγονίου. Βεβαίως τοῦτο ἐπιτυγχάνεται διὰ τῆς τομογραφίας ἢ διὰ τῆς εἰδικῆς διὰ τὴν

Εἰκ. 1, 2, 3. Περίπτωσις Νο 2. (Εἰκ. 1. Ἀκτινογραφία τῆς 10/6/49. Εἰκ. 2. Ἀκτινογραφία τῆς 11/1/51. Εἰκ. 3. Ἀκτινογραφία τῆς 26/11/55. Παρατηρεῖται διαδοχικὴ αὔξησις τῆς πυκνότητος τμήματος τοῦ λαγονίου. Ἀμφοτερόπλευρος Π.Ο.Λ. Εἰκ. 4. Ἀριστερὰ Π.Ο.Λ. (περίπτωσις Νο 1). Εἰκ. 5. Δεξιὰ Π.Ο.Λ. μετ' ἀνωμαλίας τῆς συστοίχου κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως (περίπτ. Νο 3). Εἰκ. 6. Δεξιὰ Π.Ο.Λ. μετ' ἰσχιαρθροκάκης ἀριστερά. Εἰκ. 7. Ἐκφυλιστικὴ ἀρθροπάθεια ἱερολαγονίων ἄμφω. Νεάρθρωσις μεταξὺ ἐγκαρσίας ἀποφύσεως O_5 καὶ ἱεροῦ, ἄμφω. Ἐκφυλιστικὴ ἀρθροπάθεια νεαρθρώσεως δεξιὰ (ἰδία περίπτωσις).

ἱερολαγόνιον ἄρθρωσιν προβολῆς (ἡμιπλαγία θέσις ἀσθενοῦς—ἀκτινολογικὴ λυχνία ραχιαίως—ἀκτινολογικὴ πλὰξ κοιλιακῶς) ὅτε καὶ διακρίνεται ἡ φυσιολογικὴ ὑφὴ τοῦ ἱεροῦ καὶ ἡ ἀκεραιότης τῆς ἱερολαγονίου.

Ἡμεῖς ἐπετύχομεν τὴν λῆψιν ἀκτινολογικῆς εἰκόνος, διὰ τῆς ὁποίας σαφῶς διακρίνεται, ὅτι ἡ πάθησις ἀφορᾷ μόνον εἰς τὸ λαγόνιον. Τοιαύτην ἀκτινογραφίαν οὐδαμοῦ ἀνεύρομεν ἐκ τῆς εἰς τὴν διάθεσίν μας βιβλιογραφίας. Ὁ τρόπος λήψεως τῆς ἀκτινογραφίας εἶναι ἁπλούστατος. Ὁ ἀσθενὴς τοποθετεῖται εἰς ἡμιπλαγίαν θέσιν, ὡς νὰ ἐπρόκειτο νὰ ληφθῇ ἀκτινογραφία τῆς ἱερολαγονίου ἀρθρώσεως τῆς ***ἀντιθέτου*** πρὸς τὴν φέρουσαν τὴν πυ-



Εἰκ. 8. Ἀκτινογραφία ἀσθενοῦς Ἀνδρ. Ἀναστ. (περ. Νο 3) πασχούσης ἐκ δεξιᾶς Π.Ο.Λ. Προβολὴ ἐκ τῆς ἡμιπλαγίας θέσεως εἰδικὴ διὰ τὴν *ἀριστερὰν* ἱερολαγόνιον ἄρθρωσιν ἥτις καὶ εἶναι εὐδιάκριτος. Ὁμοίως ἀπεικονίζεται καλῶς τὸ πάσχον λαγόνιον (δεξιὸν) μετὰ τῆς πυκνοτέρας σκιᾶς τμήματος αὐτοῦ.

κνωτικὴν ὀστεΐτιδα πλευρᾶς. Λυχνία ραχιαίως τοποθετουμένη, ἀκτινολογικὴ δὲ πλὰξ κοιλιακῶς. Διὰ τῆς λήψεως τοιαύτης ἀκτινογραφίας διακρίνεται εὐκρινῶς ἡ ἱερολαγόνιος ἄρθρωσις τῆς μὴ πασχούσης πλευρᾶς, ὡς καὶ τὸ πάσχον λαγόνιον. Ἡ πύκνωσις τοῦ πάσχοντος τμήματος φαίνεται σαφῶς ὅτι περιορίζεται εἰς τὸ λαγόνιον καὶ μόνον, μάλιστα δὲ εἰς τὸ ὑπ' ἀρ. 3 ἡμέτερον περιστατικὸν παρατηρεῖται εὐκρινῶς ὑγιὲς τμῆμα λαγονίου, μεταξὺ τῆς πυκνωτικῆς ἑστίας καὶ τῆς ἱερολαγονίου ἀρθρώσεως (εἰκ. 8).

Διαφορικὴ διάγνωσις. Ἐπειδὴ ἡ διάγνωσις τῆς νόσου τίθεται μόνον διὰ τῆς ἀκτινογραφίας, διὰ τοῦτο καὶ ἐθεωρήσαμεν σκόπιμον νὰ πραγμα-

τευθῶμεν ἐνταῦθα περὶ τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως. Αὕτη θὰ γίνῃ :

α) 'Εκ τῆς φυματιώδους ἰερολαγονίτιδος. Αἱ ἀκτινολογικαὶ ἀλλοιώσεις (ὀστεολυτικαὶ) ἀφοροῦν εἰς τὸ λαγόνιον, τὴν ἄρθρωσιν καὶ τὸ ἱερόν. Τὸ αὐτὸ δύναται νὰ λεχθῇ καὶ περὶ τῆς ἐκφυλιστικῆς ἀρθροπαθείας τῆς ἰερολαγονίου (εἰκ. 7), ὅπου ἐπὶ πλέον παρατηρεῖται καὶ παραγωγὴ ὀστεοφύτων.

β) 'Αγκυλωτικὴ σπονδυλαρθροπάθεια, ἥτις ὡς γνωστὸν ἄρχεται διὰ προσβολῆς τῶν ἰερολαγονίων. Δυνατόν, εἰς τὰ ἀρχικὰ στάδια, νὰ φαίνεται ὡς προσβάλλουσα μόνον τὸ ἐγγὺς τῆς ἰερολαγονίου τμῆμα τοῦ λαγονίου. 'Η νόσος ὅμως αὕτη ἀπαντᾷ σχεδὸν μόνον εἰς τοὺς ἄνδρας, ἐνῷ ἡ Π.Ο.Λ. μόνον εἰς τὰς γυναῖκας, ἡ δὲ αὔξησις τῆς ταχύτητος καθιζήσεως τῶν ἐρυθρῶν διευκολύνει ἔτι πλέον τὴν διάκρισιν τῆς νόσου ταύτης ἐκ τῆς Π.Ο.Λ.

γ) Τοπικὴ μορφὴ νόσου τοῦ Paget. 'Η ἡλικία ὡς καὶ ἡ αὔξησις τῆς ἀλκαλικῆς φωσφατάσης τοῦ αἵματος διακρίνουν ταύτην ἐκ τῆς Π.Ο.Λ. Τελευταίως ὁ Desgrez καθώρισε καὶ ἕτερον στοιχεῖον διαχωρισμοῦ· ἡ Π.Ο.Λ. κατακρατεῖ ἐλάχιστα τὸ στοιχεῖον γάλλιον 72 ἀντιθέτως πρὸς τὴν ὑψηλὴν κατακράτησιν τούτου ἐπὶ τοῦ τμήματος τοῦ λαγονίου τοῦ φέροντος ἀλλοιώσεις νόσου τοῦ Paget.

δ) 'Ιερολαγόνιος ἐπιφυσῖτις. Αὕτη παρατηρεῖται εἰς τὴν ἐφηβικὴν ἡλικίαν, ἡ δὲ παρατηρουμένη ἀκτινολογικὴ εἰκὼν δυσκόλως δύναται νὰ ἐκληφθῇ ὡς Π.Ο.Λ.

Παθολογικὰ ἀνατομικά. Αἱ παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις τῆς νόσου εἶναι ἐλάχιστα γνωσταί, διότι μόνον εἰς τέσσαρας περιπτώσεις ἀνεύρομεν ἐν τῇ βιβλιογραφίᾳ ἱστολογικὴν ἐξέτασιν πάσχοντος τμήματος τοῦ λαγονίου καὶ τοῦτο ἐπ' εὐκαιρίᾳ ἀρθροδέσεως τῆς ἰεραλαγονίου.

'Η πρώτη ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἐγένετο ὑπὸ τοῦ W. Hala ἐπὶ περιπτώσεως τῶν Rendich καὶ Schapiro. Οὗτος ἀνεῦρε πύκνωσιν τοῦ ὀστίτου ἱστοῦ μετ' ἀποφράξεως τῶν προϋπαρχόντων ἐλευθέρων μεσοδιαστημάτων. Οἱ μυελικοὶ χῶροι περιεῖχον ἀσυνήθως ηὐξημένον ἀριθμὸν πλασματοκυττάρων καὶ μονοκυττάρων.

'Ετέρα ἱστολογικὴ ἐξέτασις (ἀναφέρεται εἰς ἄρθρον τοῦ Trial) ἐγένετο παρὰ τοῦ Cillespie, ἀφεώρα δὲ εἰς περίπτωσιν τοῦ Baker. Παρετηρήθη αὔξησις τῶν ὀστικῶν δοκίδων μετὰ στενώσεως τῶν 'Αβερσείων σωλήνων. 'Η ὑφὴ τοῦ ὀστοῦ ἦτο φυσιολογικὴ καὶ δὲν ὑπῆρχε σημεῖον ἰνωδῶν ἀλλοιώσεων ἢ φλεγμονῆς τινος.

Τέλος οἱ Shipp καὶ Haggart ἀναφέρουν, ὅτι ἐπὶ δύο περιπτώσεων εἰς ἃς ὑπεχρεώθησαν νὰ προβοῦν εἰς ἀρθρόδεσιν τῆς ἰερολαγονίου, ἔσχον τὰ αὐτὰ παθολογοανατομικὰ εὑρήματα. 'Επὶ πλέον ἡ καλλιέργεια τεμαχίων ληφθέντων ἐκ τοῦ πάσχοντος ὀστοῦ δι' ἀερόβια ἢ ἀναερόβια μικρόβια ἀπέβη ἀρνητική.

Αἰτιολογία. 'Ως πρὸς τὸν αἰτιολογικὸν παράγοντα τῆς νόσου οὐδὲν τὸ

συγκεκριμένον ἐγένετο παραδεκτόν, Ὀστικὴ ἰσχαιμία ὀφειλομένη εἰς τὴν κύησιν, τοπικὴ μορφὴ τῆς νόσου Albers – Schönberg (ὀστεομαρμάρωσις), ἀνώμαλος ἐκδήλωσις αὐξητικῆς ἐπιφύσεως, τραυματισμός, ὡς καὶ ἄλλοι παράγοντες ἐθεωρήθησαν ὡς αἰτία τῆς νόσου.

Οἱ πλεῖστοι τῶν συγγραφέων συμφωνοῦν ὡς πρὸς τὴν σχέσιν ὑπερλορδώσεως—ὁριζοντίου θέσεως ἱεροῦ πρὸς τὴν Π.Ο.Λ. Παραδέχονται, ὅτι ἐπὶ ὑπερλορδώσεως (λόγῳ κυήσεως, αὐξήσεως βάρους κλπ.) τὸ ἱερὸν ὀστοῦν τείνει νὰ πλησιάσῃ πρὸς τὸ ὁριζόντιον ἐπίπεδον. Κατὰ τὴν περιστροφικὴν ταύτην κίνησιν τοῦ ἱεροῦ, τὸ ἀρθρικὸν τμῆμα τοῦ λαγονίου ἀνθίσταται εἰς τὴν ὦσιν τοῦ ἱεροῦ. Ἐν τέλει δὲ παραδέχονται, ὅτι ἡ συνεχιζομένη πίεσις τῶν ἀρθρικῶν ἐπιφανειῶν τοῦ λαγονίου παρὰ τοῦ ἱεροῦ εἶναι τὸ αἴτιον τῆς πυκνώσεως τοῦ παρακειμένου τμήματος τοῦ λαγονίου.

Τὸ δεύτερον ἐκ τῶν ἡμετέρων περιστατικῶν συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς θεωρίας ταύτης, καθόσον παρετηρήσαμεν, ὅτι ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν τῆς πυκνώσεως ηὔξανε εἰς ἔντασιν, ἀναλόγως πρὸς τὴν συνεχῆ αὔξησιν τῆς λορδώσεως τῆς ἀσθενοῦς (εἰκ. 1, 2, 3).

Οἱ Shipp καὶ Haggart ἀναφέρουν ὅτι ἐπὶ 100 ἀσθενῶν παρετήρησαν εἰς 6 τούτων ὑποχώρησιν τῶν κλινικῶν, ἀλλὰ καὶ τῶν ἀκτινολογικῶν εὑρημάτων, διὰ τῆς συντηρητικῆς ἀγωγῆς (ἐλάττωσις τῆς ὑπερλορδώσεως διὰ γυμναστικῶν ἀσκήσεων).

Θὰ μᾶς ἐπιτραπῇ ὅμως νὰ ἐκφέρωμεν τὰς ἀντιρρήσεις μας ἐπὶ τοῦ αἰτιολογικοῦ τούτου παράγοντος.

Δὲν δυνάμεθα νὰ παραδεχθῶμεν, ὅτι εἶναι δυνατὸν νὰ προκληθῇ διὰ τῆς περιστροφῆς τοῦ ἱεροῦ ὀστοῦ πύκνωσις τοῦ λαγονίου μόνον, ἄνευ ἀντιστοίχου ἀλλοιώσεως τοῦ ἱεροῦ ἢ καὶ τῆς ἱερολαγονίου ἀρθρώσεως. Καὶ πῶς δύναται νὰ ἐξηγηθοῦν τὰ ἑτερόπλευρα περιστατικά, ἐφ' ὅσον διὰ τῆς συμπλησιάσεως τοῦ ἱεροῦ πρὸς τὸ ὁριζόντιον, ἡ τριβὴ ἐξασκεῖται ἐπ' ἀμφοτέρων τῶν λαγονίων ; Διατί ἡ Π.Ο.Λ. ἐμφανίζεται μόνον εἰς τὰς γυναῖκας ; Ἐὰν πράγματι ἡ Π.Ο.Λ. εἶχε σχέσιν μὲ τὴν ὑπερλόρδωσιν, θὰ ἔπρεπε βεβαίως νὰ παρατηρηθῇ καὶ ἐπὶ ὑπερλορδωτικῶν ἀνδρῶν (προγάστορες, πάσχοντες ἐκ μὴ ἀναταγέντων ἀμφοτεροπλεύρων ἐξαρθρημάτων τῶν ἰσχίων κλπ).

Ἡ προτίμησις τῆς νόσου μόνον πρὸς τὰς γυναῖκας καὶ ἡ ἐμφάνισίς της εἰς τὴν πρὸ τῆς μηνοπαύσεως ἡλικίαν θὰ ἠδύνατο νὰ ὁδηγήσῃ εἰς τὴν σκέψιν ὁρμονικῆς αἰτιολογίας τῆς νόσου. Ἀλλὰ τὰ μέχρι σήμερον περιστατικὰ ἀφοροῦν εἰς γυναῖκας ἀποκλειστικῶς τῆς λευκῆς φυλῆς. Πῶς θὰ ἠδύνατο νὰ ἐξηγηθῇ τὸ ὅτι ἡ νόσος δὲν παρετηρήθη εἰς γυναῖκας τῆς μαύρης ἢ κιτρίνης φυλῆς ; Αἱ μεγαλοπόλεις τῆς σήμερον (Ν. Ὑόρκη—Λονδίνον—Παρίσιοι—Γιοχάνεσμπουργκ) ἀποτελοῦν πανσπερμίαν φυλῶν, ἐὰν δὲ ἡ νόσος ἐνεφανίζετο καὶ ἐπὶ τῶν γυναικῶν τῆς μαύρης ἢ κιτρίνης φυλῆς, θὰ ἔπρεπε νὰ παρατηρηθῇ ὑπὸ τῶν ἰατρῶν τῶν ἀναφερθεισῶν μεγαλοπόλεων.

Θεραπεία. Ἐφ' ὅσον ὡς αἰτιολογικὸς παράγων τῆς νόσου θεωρεῖται ἡ συνυπάρχουσα ὑπερλόρδωσις, τὰ δὲ κλινικὰ εὑρήματα τῆς νόσου ἀντιστοιχοῦν πρὸς τὰ τῆς «στατικῆς ὀσφυαλγίας», συνάγεται ὅτι ἡ θεραπεία τῆς νόσου θὰ πρέπῃ νὰ εἶναι ἡ καταπολέμησις τῆς συνυπαρχούσης ὑπερλορδώσεως. Τοῦτο ἐπιτυγχάνεται διὰ τῶν καταλλήλων γυμναστικῶν ἀσκήσεων (ἐνίσχυσις κοιλιακῶν μυῶν) ἐν συνδυασμῷ πρὸς ἐλάττωσιν τοῦ σωματικοῦ βάρους (ἐπὶ παχέων ἀτόμων). Ὡς ὑποβοηθητικὰ δυνατὸν νὰ συσταθῇ ἡ κατάκλισις ἐπὶ σκληρᾶς στρωμνῆς καὶ ἡ χρῆσις ὀρθοπεδικῆς ζώνης ὀσφύος, χωρὶς νὰ παραλείπεται ἡ εὐρεῖα χρῆσις ἀσπιρίνης.

Ἔχομεν τὴν γνώμην, ὅτι δὲν πρέπει νὰ καταφεύγωμεν πρὸς τὴν συνιστωμένην ἀρθρόδεσιν τῆς ἱερολαγονίου, διότι ἡ ἄρθρωσις αὕτη οὐδεμίαν σχέσιν πρὸς τὴν πάθησιν ἔχει.

ΗΜΕΤΕΡΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Περίπτωσις 1η. Παναγ. Σοφ. Ἔγγαμος, ἡλικίας 28 ἐτῶν (εἰκ. 4).

Κληρονομικόν: Ἐλεύθερον. ***Ἀτομικὸν ἀναμνηστικόν:*** Ἐλεύθερον. Ἐνυμφεύθη τὸ 1950, ἐκ δὲ τοῦ γάμου της ἀπέκτησεν ἓν τέκνον, γεννηθὲν τὸ 1952. Τὸ 1953, ἐνῷ διέτρεχε τὸν 2ον πρὸς τὸν 3ον μῆνα τῆς κυήσεώς της, ὑπέστη ἀποβολήν.

Παροῦσα νόσος. Αὕτη ἤρξατο κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνας τῆς κυήσεώς της (1952) δι' ὀσφυαλγίας ἄνευ ἀνταναπλάσεως. Ἡ ὀσφυαλγία ἐνεφανίζετο κατὰ διαστήματα, ἀπὸ δὲ τοῦ Ἀπριλίου ἐ. ἔ. ἐνετάθη, προσελθοῦσα δὲ εἰς ἰατρὸν καὶ μετὰ ἀκτινογράφησιν ἐτέθη ἡ διάγνωσις τῆς φυματιώδους ἱερολαγονίτιδος.

Παροῦσα κατάστασις. Ἄτομον εὔσαρκον, ἀρτίας σωματικῆς διαπλάσεως. Ὑπερλορδωτικόν.

Κλινικὴ ἐξέτασις. Οὐδὲν παθολογικόν. Λοκιμασία ἱερολαγονίων ἀρθρώσεων ἀρνητική.

Ἀκτινολογικῶς. Ἐκ τῆς κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφήσεως τῆς λεκάνης διαπιστοῦται ἑτερόπλευρος (ἀριστερά), ἀρχομένη Π.Ο.Λ. Ἱερολαγόνιοι ἀρθρώσεις, ἱερόν, ἰσχία κατὰ φύσιν (εἰκ. 4).

Περίπτωσις 2α. Γεσθ. Γεωργ. Θῆλυ ἐτῶν 26, ἄγαμος, ἄνευ τέκνων (εἰκ. 1, 2, 3).

Κληρονομικόν. Ἐλεύθερον. ***Ἀτομικὸν ἀναμνηστικόν.*** Εἰς ἡλικίαν 8 ἐτῶν ἐνοσηλεύθη εἰς Νοσοκομεῖον τῶν Ἀθηνῶν ἐπὶ ἑξάμηνον, ὡς πάσχουσα ἐκ σκολιώσεως. Κατὰ τὸ διάστημα τοῦτο τῆς ἐφηρμόσθησαν τρεῖς γύψινοι στηθόδεσμοι.

Παροῦσα νόσος. Αὕτη ἤρξατο ἀπὸ τοῦ 1947, ὅτε ἡ ἀσθενὴς ἤρχισε παραπονουμένη δι' ὀσφυαλγίαν, ἐπιτεινομένην κατὰ τὴν κάμψιν τοῦ κορ-

μοῦ. Ἐτέθη ἡ διάγνωσις «σπονδυλῖτις O_5 t.b c. μεθ' ὕβου», ἡ δὲ ἀσθενὴς παρέμεινεν κλινήρης ἐπὶ διετίαν. Κατὰ τὸ διάστημα τοῦτο δὲν ἀναφέρει ἡ ἀσθενὴς ἐμφάνισιν ἀποστήματος ἢ συριγγώδους πόρου.

Τῷ 1949 ὑπέστη σπονδυλοδεσίαν τῇ βοηθείᾳ κνημιαίου αὐτομοσχεύματος, μετὰ ἑξάμηνον δὲ ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως ἤρχισεν ἐγειρομένη τῇ βοηθείᾳ ὀρθοπεδικοῦ στηθοδέσμου. Τῷ 1951 ἤρχισε παραπονουμένη ἐκ νέου δι' ὀσφυαλγίαν, τῆς ἐγένετο νέα σπονδυλοδεσία, ἤρχισε δὲ βαδίζουσα καὶ πάλιν μετὰ τρίμηνον ἀπὸ τῆς δευτέρας ἐπεμβάσεως.

Ἡ ἀσθενὴς ἀναφέρει, ὅτι μετὰ τὰς ἐγχειρήσεις ἤρχισεν ἀντιλαμβανομένη βαθμιαίως αὔξησιν τῆς ὀσφυϊκῆς λορδώσεως, τοῦτο ἐγένετο ἀντιληπτὸν καὶ ὑπὸ τῆς μητρὸς τῆς ἀσθενοῦς. Ἡ ὀσφυαλγία, δι' ἣν παρεπονεῖτο, ἐνετάθη, δὲν ὑπεχώρει διὰ τῆς κατακλίσεως, ἐπὶ πλέον ἤρχισε παραπονουμένη δι' ἔντονον ἄλγος ἐντοπιζόμενον κατὰ τὴν ἀριστερὰν ἱερολαγόνιον ἄρθρωσιν.

Κλινικὴ ἐξέτασις. Πλὴν τῆς ἐντόνου ὑπερλορδώσεως καὶ τῆς δυσκαμψίας τῆς Σ. Σ. λόγῳ τῶν σπονδυλοδεσιῶν οὐδὲν τὸ ἄξιον λόγου.

Ἀκτινολογικὴ εἰκὼν Σ. Σ. α) Ἐκ τῶν πλαγίων. Αἱ ἀπὸ τοῦ 1942 διαδοχικαὶ ἀκτινογραφίαι τῆς ὀσφυϊκῆς μοίρας δεικνύουν συνεχῆ αὔξησιν τῆς ὀσφυϊκῆς λορδώσεως, ἐκ δὲ τῶν σπονδύλων παρατηροῦνται ἀνωμαλίαι συνιστάμεναι εἰς ἐξαφάνισιν τῶν μεσοσπονδυλίων διαστημάτων, ἄνευ ἀλλοιώσεώς τινος τοῦ σχήματος ἢ τῆς ὑφῆς τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων καὶ τόξων.

β) Κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφία: Αἱ αὐταὶ ὡς ἄνω ἀλλοιώσεις τῆς ὀσφυϊκῆς μοίρας τῆς Σ. Σ. Ἐκ τῆς ἀκτινογραφικῆς εἰκόνος τῆς λεκάνης παρατηρεῖται σαφὴς εἰκὼν ἀμφοτεροπλεύρου Η. Ο. Λ. Παρατηρεῖται δὲ τὸ περίεργον, ὅτι ἡ πύκνωσις τοῦ κάτω τμήματος τοῦ λαγονίου ἤρχισε βαθμηδὸν καὶ κατ' ὀλίγον νὰ αὐξάνῃ κατ' ἔντασιν (ἐγένετο πυκνώτερον) καὶ ἔκτασιν, ἡ αὔξησις δὲ τῆς σκιᾶς τῆς πυκνώσεως συνεβάδιζε πρὸς τὴν αὔξησιν τῆς ὀσφυϊκῆς λορδώσεως (εἰκ. 1, 2, 3).

Περίπτωσις 3η. Ἀνδρ. Ἀναστ. Γυνὴ ἐτῶν 35, ἔγγαμος μήτηρ τριῶν τέκνων (εἰκ. 5).

Κληρονομικὸν—Ἀτομικὸν ἀναμνηστικόν. Ἐλεύθερον.

Παροῦσα νόσος. Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς τελευταίας κυήσεως καὶ κατὰ τὸ πέρας αὐτῆς ἡ ἀσθενὴς ἤρχισε παραπονουμένη δι' ἄλγος κατὰ τὴν ὀσφὺν καὶ τὴν δεξιὰν κατ' ἰσχίον ἄρθρωσιν. Μετὰ τὸν τοκετὸν ἡ ἀσθενὴς ἐξηκολούθει παραπονουμένη διὰ τὰ αὐτὰ ἐνοχλήματα. Ὑπεβλήθη εἰς διαφόρους ἀντιρευματικὰς θεραπείας ἄνευ ἀποτελέσματος, τέλος δὲ τὸ 1952 καὶ μετὰ τὴν ἀκτινογραφίαν ἐτέθη ἡ διάγνωσις τῆς ἱερολαγονίτιδος μετὰ πιθανῆς ἰσχιαρθροκάκης.

Κλινικῶς. Παρατηρεῖται ὑπερλόρδωσις καὶ περιορισμὸς τῶν κινήσεων τῆς δεξιᾶς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως. Λοιπὰ κατὰ φύσιν.

Ἀκτινογραφικῶς. Λεκάνη κατὰ μέτωπον. Ἑτερόπλευρος (δεξιὰ) Π.Ο.Λ. ἐπιβεβαιωθείσης τῆς διαγνώσεως καὶ διὰ λήψεως ἀκτινογραφίας δι' εἰδικῆς προβολῆς διὰ τὴν νόσον (ἴδε «Ἀκτινολογικὴν εἰκόνα» εἰκ. 8).

Ἐκ τῆς συστοίχου κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως παρατηρεῖται πύκνωσις τῆς ὀφρύος τῆς κοτύλης, μετ' ἀνωμαλίας τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου καὶ αὐξήσεως τοῦ μεσαρθρίου διαστήματος.

Περίπτωσις 4η. Γουν. Ἄνν. ἐτῶν 37, ἄγαμος ἄνευ τέκνων (εἰκ. 6).

Κληρονομικόν. Ἐλεύθερον. ***Ἀτομικὸν ἀναμνηστικόν.*** Ἀπὸ τῆς ἡλικίας τῶν 13 ἐτῶν ἡ ἀσθενὴς ἤρχισεν αἰτιουμένη δι' ἄλγος καὶ χωλότητα κατὰ τὴν ἀριστερὰν κατ' ἰσχίον ἄρθρωσιν, τεθείσης τῆς διαγνώσεως τῆς ἰσχιαρθροκάκης. Ἐν συνεχείᾳ ἐνεφανίσθη ψυχρὸν ἀπόστημα κατὰ τὴν ἔξω ἐπιφάνειαν τοῦ ἀριστεροῦ μηροῦ παρακεντηθὲν 14κις, ἐν τέλει δὲ παρέμεινε συρίγγιον πυορροοῦν ἐπὶ 10μηνον. Τῷ 1955 εἰσήχθη πρὸς νοσηλείαν ἐν τῷ Ἀσκληπιείῳ Βούλας. Ἀριστερὸν ἰσχίον πρακτικῶς ἀγκυλωμένον εἰς θέσιν κάμψεως μὲν 40°, προσαγωγῆς δὲ 20°. Ὑπέστη ἐγχείρησιν (ἀρθρόδεσιν ἰσχίου κατὰ Foley), τυχαίως δὲ ἀνεκαλύφθη πύκνωσις κατὰ τὸ κάτω τμῆμα τοῦ δεξιοῦ λαγονίου ὀστοῦ. Σημειωτέον ὅτι ἡ ἀσθενὴς παρὰ τὴν ὑπερλόρδωσιν (λόγῳ πολυσαρκίας καὶ πλημμελοῦς θέσεως τοῦ ἰσχίου) οὐδέποτε παρεπονέθη δι' ὀσφυαλγίαν.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΨΕΠΙΔΕΣΜΩΝ

CELLONA

- Ὁμότιμος κατανομὴ τοῦ γύψου καὶ καλὴ αὐτοῦ προσκόλλησις ἐπὶ τοῦ ἐπιδέσμου.
- Εὐχερὴς ἀποκοπὴ τοῦ γυψεπιδέσμου ἄνευ τῆς παραμικρᾶς ἀπωλείας γύψου.
- Μεγάλη οἰκονομία ἐκ τῆς χρησιμοποιήσεως τῶν ἀπακομμάτων πρὸς ἐνίσχυσιν τοῦ νάρθηκος.

- **Οἰκονομία χρόνου:** Οἱ γυψεπίδεσμοι CELLONA δύνανται νὰ χρησιμοποιηθοῦν ἀμέσως, ἀφοῦ ἐμποτισθοῦν ἐπὶ τνια δευτερόλεπτα ἐντὸς ὕδατος καὶ συμπιεσθοῦν ἐλαφρῶς πρὸς ἀπομάκρυνσιν τοῦ περισσεύοντος ὕδατος.
- Ὁ χρόνος ὅστις ἀπαιτεῖται διὰ τὴν ξήρανσίν των δύναται νὰ ρυθμισθῇ δι' αὐξομειώσεως τῆς θερμοκρασίας τοῦ ὕδατος.
- Οἱ νάρθηκες CELLONA εἶναι ἐλαφρότατοι,
  εἶναι στερεοί,
  εἶναι πρακτικοί,

Βιβλιογραφία ἀποστέλλεται τῷ αἰτοῦντι

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ: BANDES PLATRÉES 1ον. Εἰς κυτία τῶν 10 τεμαχίων

CELLONA:	Πλάτος	6	ἑκμ.×2 μέτρα	εἰς κυτία τῶν	10	ἀρ. καταλ 1257
»	»	8	ἑκμ.×2 μέτρα	» »	10	ἀρ. καταλ. 1258
»	»	10	ἑκμ.×2 μέτρα	» »	10	ἀρ. καταλ. 1259
»	»	12	ἑκμ.×2 μέτρα	» »	10	ἀρ. καταλ. 1260
»	»	15	ἑκμ.×2 μέτρα	» »	10	ἀρ. καταλ. 1261
»	»	20	ἑκμ.×2 μέτρα	» »	10	ἀρ. καταλ. 1262

2ον. Εἰς ρόλλους ἐντὸς σελλοφὰν

CELLONA:	Πλάτος	45	ἑκμ.×5 μέτρα	εἰς ρόλ. τοῦ	ἑνὸς	ἀρ. καταλ. 1 64
»	»	60	ἑκμ.×5 μέτρα	» »	ἑνὸς	ἀρ. καταλ. 1265
»	»	90	ἑκμ.×5 μέτρα	» »	ἑνὸς	ἀρ. καταλ. 1266

LOHMANN KG. LOHMANN FAHR/RHEIN

BERLIN — ESSEN — HAMBURG — NÜRNBERG
VERBANDSTOFF — UMD PFLASTERFABRIKEN

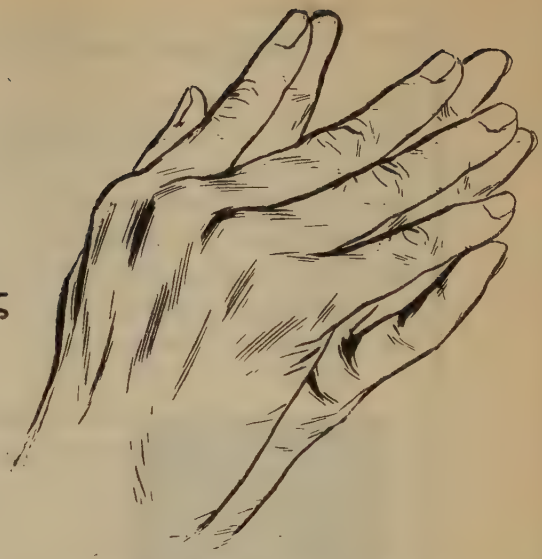
Γενικὸς Ἀντιπρόσωπος διὰ τὴν Ἑλλάδα: Κ. ΚΑΝΑΡΟΓΛΟΥ
Ἱπποκράτους 12 — Τηλ. 612.421 — Ἀθῆναι

νέα

ταχυτάτη

κλινική ἀποτελεσματικότης

καὶ ἀσφάλεια



Pfizer

Cortril* tablets

ὀνομασία διὰ τὴν ὑδροκορτιζόνην

τὸ προεξάρχον γλυκοκορτικοειδὲς εἰς ἀποτελεσματικότητα

ἀντι-ρευματικὴν - ἀντι-ἀλλεργικὴν - ἀντι-φλεγμονώδη

Δισκία Cortril διχοτομούμενα :
(ὑδροκορτιζόνη, ἐλευθέρα ἀλκοόλης)
τῶν 10mg., φιαλίδια τῶν 25 καὶ 100 δισκίων
τῶν 20mg., φιαλίδια τῶν 20 καὶ 100 δισκίων

Ἐκτεταμέναι κλινικαὶ μελέται ὑποδεικνύουν ὅτι ἡ ὑδροκορτιζόνη εἶναι 50 περίπου φορὰς ἀποτελεσματικωτέρα τῆς κορτιζόνης. Ἡ τοιαύτη ἐν τούτης μεγαλυτέρα ἀντιρευματικὴ ἐνέργεια "δὲν συνοδεύεται ὑπὸ μεγαλυτέρας τάσεως πρὸς πρόκλησιν ἀνεπιθυμήτων ἀντιδράσεων„. 1.

Οὕτω, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὴν κορτιζόνην, ἡ διὰ δισκίων Cortril θεραπεία προσφέρει ἄριστα ἀποτελέσματα διὰ μικροτέρων δόσεων τόσον ἀρχικῶν ὅσον καὶ συντηρήσεως, ἐνισχύουσα τὰ μέγιστα τὴν ἀποτελεσματικότητα τῆς φλοιοεπινεφριδικῆς ὁρμονοθεραπείας καὶ ἀποδίδουσα μέγιστον ὅριον ἀσφαλείας.

Τά δισκία Cortril προσφέρουν νέον συμαντικώτατον τομέα θεραπείας τῶν ρευματικῶν καὶ ἄλλων παθήσεων τοῦ κολλαγόνου ὡς καὶ ἀλλεργικῶν διαταραχῶν - ὡς τῆς ρευματοειδοῦς ἀρθρίτιδος, τῶν ὀξέων ρευματισμῶν τῶν ἄρθρων, τοῦ βροχικοῦ ἄσθματος, ὀξειῶν καὶ χρονίων ἐπιπολῆς ὀφθαλμικῶν παθήσεων καὶ ἀλλεργικῶν δερματοπαθειῶν.

1. Boland, E. W. · Brit. M. J. 1 559, 1952

Συνθετικὸν Προϊὸν

Pfizer

ΙΔΡΥΘΗ 1849

*ΣΗΜΑ ΚΑΤΑΤΕΘΕΝ

Ἀποκλ. Ἀντιπρόσωποι ἐν Ἑλλάδι:
ΑΔΕΛΦΟΙ ΜΑΓΚΡΙΩΤΗ, Νίκης 9, Τηλ. 25-739, 58-357

Ὁ Μεγαλύτερος Παραγωγὸς Ἀντιβιοτικῶν τοῦ Κόσμου

Ὁ Ἐφευρέτης τῆς Τετρακυκλίνης.
Παρουσιάζει τὰ τελειότερα προϊόντα Βιταμινῶν καὶ Ὁρμονῶν.

VITAMIN-MINERAL FORMULATIONS
PFIZER SYNTEX HORMONES

JX 1567E

PONAL LIQUIDE

ΕΥΓΕΥΣΤΟΝ - ΔΡΑ ΤΑΧΥΤΑΤΑ - ΟΥΔΕΙΣ ΕΘΙΣΜΟΣ

★ *ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ: Δίδει τὰ αὐτὰ ἀποτελέσματα & μετὰ τὸν τοκετόν.*

ΕΙΣ ΟΙΑΝΔΗΠΟΤΕ ΣΤΙΓΜΗΝ

Μὲ τέσσερα ἕως πέντε δισκία ἔχετε ποτήριον ὕδατος "Vichy„ πρόσφατον καὶ ἀεριοῦχον.

VICHY-VEFE

COMPRIMÉS ART

★ Ἐπὶ δυσπεψίας καὶ στομαχικῶν διαταραχῶν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) ***Arlet J.*** et ***Mole J.*** Osteite condensante chez deux soeurs. Revue du Rhumatisme 22 Jan. 1965, No 1, pag. 53—56.
2) ***Bàrsony Th.*** and ***Polgàr F.*** Ostitis condensans ilei-ein bisher nicht beschriebenes krankheitsbild. Fortsch. a, d. Geb. d. Röntgen. strahlen 37, σελ. 663—669, 1927.
3) ***Brailsford J. F.*** The Radiology of Bones and Joints. London, Churchil 1948.
4) ***Descrez.*** Συζήτησις ἐπὶ ἀνακοινώσεως τῶν R. Trial καὶ λοιπῶν (ἴδε ἀρ. 14) εἰς συνεδρίασιν τῆς Γαλλικῆς Ἀκτινολ. Ἑταιρίας τῆς 16)5)55.
5) ***Ferguson A. B.*** Roentgen Diagnosis of the Extremities and spine, Ed. 2 New York, Paul B. Hoeber 1949.
6) ***Françon J.*** L'osteite condensante iliaque. Rhumatologie 10—13 Janv.—Fevr. 1955.
7) ***Hare H. F.*** and ***Haggart G. E.*** Osteitis condensans ilei J.A.M.A. 128, 723—727, 1945.
8) ***Knutsen F.*** Osteitis condensans ilei. Acta Radiologica Scandinavica, Juin 1950.
9) ***Περέξ. Δ.*** Διατριβὴ ἐπὶ διδακτορίᾳ. Ἀθῆναι 1956.
10) ***Rendich R, A.*** and ***Shapiro R. V.*** Osteitis Condensans ilii. Jour. Bone Joint Surg. 18, 899—908, Ὀκτ. 1938.
11) ***Seze Stan. de*** et ***Ryckewart.*** Maladie des os et des articulations. Collections medico chirurgicales Flammarion. Paris 1954.
12) ***Sipph L. Pr.*** and ***Haggart Ed.*** Further experience in the management of osteitis condensans ilii. J. B. J. S. 32A, 841-847, 1950.
13) ***Sicard, Gally*** et ***Haguenau.*** Osteites condensantes a etiologie inconnue. Jour. de Rad. et de Elec. No 11, 503—507, 1926.
14) ***Trial R., Mme Longin*** et ***R. Buchet.*** L'osteose condensants iliaque benigne. A propos de cinq cas. Journ. de Rad. et de l'Elec. 36, 11—12, Nov.—Dec. 1955, page 934—935.
15) ***Wassmann K.*** Osteitis condensans ilii. Acta Medica Scandinavica 151—154, 1955.
16) ***Vulf R. de*** et ***Pauw E. de.*** L'osteite condensante iliaque. Acta Orthop. Belg. 20, 339—347, 1954.

De la Deuxième Clinique Orthopedique de l'Hopital «Asklepiion» Voulas
(Croix Rouge Hellenique)
Directeur : Le Professeur TH. GAROFALIDES

Osteose condensante ilii (*)

Par *V. Sourmelis*, Chef de Clinique

R e s u m è

L'auteur decrit l'osteose condensante ilii (O.C.I.) se basant sur quatre cas personnels, tous appartenants au sexe feminin de la race blanche et de l'age de 26, 28, 35 et 37 ans et dont deux sont des filles sans enfants.

De ces quatre cas seul l'un avait «seulement» une O.C.I. Des trois autres, l'une etait accompagnée d'une maladie de la hanche ne pouvant être bien definie, la seconde d'une maladie de la colonne vertebrale probablement de nature tuberculeuse et la dernière d'une coxalgie absolument certifiée; cette dernière ne s'etait jamais plainte de lombalgie.

Toutes les quatres malades presentaient une hyperlordose et sur l'une d'elles on a observé une augmentation continue de l'hyperlordose accampagnée radiologiquement d'une augmentation de la condensation d'une partie de l'os iliaque (Fig. 1, 2, 3).

L'auteur croit la maladie comme «radiologique» c'est a dire ne s'accompagnant pas de signes cliniques et la lombalgie existante comme dûe à l'hyperlordose constamment coexistante (lombalgie statique).

Au point de vue etiologique la plupart des auteurs admettent l'existance d'une relation entre l'hyperlordose et l'O.C.I. Dans l'hyperlordose le sacrum tend à se rapprocher du niveau horizontal, et exerce une pression sur l'os iliaque qui se traduit par l'O.C.I.

L'auteur quoique ayant constaté le rapport entre l'hyperlordose et l'O.C.I., ne peut admettre que la pression exercée par le sacrum provoque la condensation de l'os iliaque, sans une lesion analogue du sacrum ou de la sacro-iliaque. Et comment pourrait-on expliquer d'une part les cas unilateraux et pourquoi la maladie ne s'observe pas sur des hommes hyperlordotiques?

L'existance de la maladie uniquement chez les femmes et avant

(*) Communication faite à la Sosieté Chirurgical d'Orthopedie et de Traumatslogie d'Athénes le 7 Fevrier 1956.

l'âge de la menopause, fait naître l'idée d'une etiologie hormonale de la maladie. Mais pourquoi cette maladie ne se rencontre pas chez les femmes de race noire ou jaune?

L'auteur préconise une manière speciale pour la prise des radiographies dans l'O.C.I. La malade est placée sur la table radiologique en position de trois-quarts comme s'il s'agissait de radiographier la sacro-iliaque du coté sain. Sur le film sera impressioné la sacro-iliaque saine et l'os iliaque malade et on distinguera nettement que la condensation concerne seulement l'os iliaque(Fig. No 8).

Au point de vue therapeutique on preconise une gymnastique intense des muscles du ventre pour combattre l'hyperlordose, se coucher sur un matelas dur, et faire usage large d'aspirine. Rarement on pourrait faire usage d'un lombostat.

From the Second Clinic of «Asklipiion» Voulas
(Hellenic Red Cross)
Director: Pr. TH. GAROFALIDES

Osteitis condensans ilei (O.C.I.) (*)

By Dr *V. Sourmelis*

S u m m a r y

The author describes the O.C.I., base on 4 cases of white women 26, 28, 35 and 37 years old, two of them being single without children.

Only in one of the patients the O.C.I. existed alone. On the three others the disease (O.C.I.) was accompanied by other diseases of the skeleton. In the first one, O.C.I. is coexisting with a disease of the hip joint of unknown origin (pict. No 5), in the other an anomaly of the lombar spine probably due to a tuberculous nature, (pict. No 1, 2, 3), and in the last one an assured coxalgy (pict. No 6).

All four patients presented an hyperlordosis, but on one of them a gradual increase of the degree of lordosis was notised, accompanied by gradual increase of the condensation of the radiologic shadow of a part of the ilium (pict. No 1, 2, 3).

(*) Read at the Annual Meeting of the Greek Sosiety of Traumatic and Orthopedic Surgery, on February 2, 1956.

The author considers the disease as a radiological one, that is, without being accompanied by clinical findings and the co-existing lumbar pain is due to the already existing hyperlordosis (static lumbar pain).

From the point of view of etiology, the most part of the authors do accept the existence of a relationship between the hyperlordosis and the O.C.I. On hyperlordosis the sacrum tends to approach an horizontal level and exerts a pressure on the iliac bone, which is manifested in the form of the O.C.I.

The author, although has established the relationiship between hyperlordosis and O.C.I., does not accept that the pressure exerted by the sacrum provokes a condensation of the radiological picture of the ilia without altering proportionately or otherwise the sacrum or the sacroiliac. Furthemore, how could the manifestations on one sides be explained? Why is the disease not observed in the hyperlordatic men?

The exclusive preference of the disease for the women and particularly for those of age before the menopause does lead to the thought of an hormonic origin of the disease. But in the other hand does it not attack the women of the yellow or the negro race?

The author proposes a special way of projection and taking of radiographies for the O.C.I. The patient is laying down on half a side position as if there would be taken a radiography of ***the sacro-iliac of the healthy side***. On the radiography there would be illustrated the healthy sacro-iliac joint as well as the diseased iliac. By such a projection, one can distinguish that the desease refers only to the iliac (pict. 8).

From a therapeutical point of view, an intensive exersising for strengthening the muscles of the abdomen is recammended, in order to overcome the coexisting hyperlordosis, laying down, on hard couch, and wide use of aspirin. One would rarely recommend the use of an orthopedic belt of the waist. The writer does not agree to the fusion of the sacro-iliac joint, because that joint has no relation whatever, to that disease.

Ἐκ τῆς Γης Ὀρθοπεδικῆς Κλινικῆς τοῦ «Ἀσκληπιείου» Βούλας τοῦ «Ε. Ε. Σ.».
Διευθυντής: Δρ Μ. ΔΗΜΙΤΣΑΣ

ΠΛΑΤΥΣΠΟΝΔΥΛΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΕΙΣ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΟΝ ΚΟΚΚΙΩΜΑ

Ὑπὸ

Μ. ΔΗΜΙΤΣΑ
Διευθυντοῦ τῆς Κλινικῆς

Ὁ Calvé εἰς ἄρθρον του δημοσιευθὲν εἰς τὸ Journal of bone and joint surgery τὸν Ἰανουάριον τοῦ 1925 περιέγραψε πρῶτος πάθησιν τῆς σπονδυλικῆς στήλης καθ' ἣν παρατηρεῖται ἀκτινογραφικῶς ἀποπλάτυνσις τοῦ σώματος ἑνὸς σπονδύλου. Συμφώνως μὲ τὴν περιγραφὴν τοῦ Calvé ἡ πάθησις αὕτη ἐμφανίζεται μεταξὺ 5 καὶ 10 ἔτους καὶ ὑποδύεται τὴν κλινικὴν εἰκόνα τῆς φυματιώδους σπονδυλίτιδος δι' ὃ καὶ μέχρι τότε κατετάσσετο μεταξὺ τῶν ψευδοσπονδυλιτίδων. Χαρακτηριστικὴ τῆς ἐν λόγῳ παθήσεως εἶναι ἡ ἀκτινογραφική της εἰκὼν ἥτις συνίσταται εἰς τελείαν ἀποπλάτυνσιν τοῦ σώματος ἑνὸς σπονδύλου μετὰ τελείας διατηρήσεως ἀνεπάφων τῶν παρακειμένων μεσοσπονδυλίων διαστημάτων. Τὸ σῶμα τοῦ πάσχοντος σπονδύλου διαγράφεται δισκοειδές, εἰς τὴν ἐκ τοῦ πλαγίου δὲ ἀκτινογραφίαν δίδει τὴν ἐντύπωσιν μεταλλικοῦ νομίσματος ὀρωμένου ἐκ τοῦ πλαγίου. Τοῦτο παρουσιάζει κατὰ κανόνα πύκνωσιν.

Ἡ κλινικὴ εἰκὼν τῆς παθήσεως συγχέεται μὲ τὴν τῆς φυματιώδους σπονδυλίτιδος ἀπὸ τὴν ὁποίαν διαχωρίζεται μόνον διὰ τῶν ἀκτινογραφικῶν εὑρημάτων.

Τὰ πάσχοντα παιδία παραπονοῦνται δι' εὔκολον ἐπέλευσιν κοπώσεως, ἀποφεύγουν τὰ παιχνίδια, βραδύτερον ἐμφανίζουν μυϊκὴν σύσπασιν καὶ ἀκαμψίαν τῆς σπονδυλικῆς στήλης, νυκτερινὰς κραυγάς, τέλος δὲ ἐμφανίζουν μικρὸν ἦβον ὅστις ὀφείλεται εἰς προπέτειαν τῆς ἀκανθώδους ἀποφύσεως τοῦ πάσχοντος σπονδύλου.

Ὁ Calvé ἀποδίδει τὴν αἰτίαν τῆς νόσου εἰς ἰσχαιμικὴν νέκρωσιν τοῦ σώματος τοῦ σποδύλου ὡς τοῦτο πιστεύεται ὅτι συμβαίνει καὶ εἰς τὴν κεφαλὴν τοῦ μηριαίου ὀστοῦ ἐπὶ ὀστεοχονδρίτιδος δι' ὃ καὶ ἀπεκάλεσε τὴν πάθησιν ὀστεοχονδρίτιδα τῆς σπονδυλικῆς στήλης.

Ὁ Mezzari εἰς ἐργασίαν του δημοσιευθεῖσαν τῷ 1938 παρουσιάζει 27 περιπτώσεις τῆς παθήσεως ταύτης ἀναφέρει δὲ ὅτι ἐπὶ μιᾶς τῶν περιπτώσεων τούτων ἔσχε τὴν εὐκαιρίαν νὰ προβῇ εἰς παθολογοανατομικὴν ἐξέτασιν διότι τὸ παιδίον ἀπεβίωσε μετὰ πάροδον πολλῶν ἐτῶν ἀπὸ τῆς ἐμφανίσεως τῆς παθήσεως, συνεπείᾳ ἄλλης νόσου, πλὴν ὅμως οὐδὲν τὸ ἄξιον λόγου ἐκ τῆς ἱστολογικῆς ἐξετάσεως παρετήρησε εἰμὴ μόνον ὅτι τὸ σῶμα τοῦ πάσχοντος σπονδύλου εὑρίσκετο εἰς τὸ στάδιον τῆς ἀποκαταστάσεως ἡ δὲ ὑφή του

ἦτο φυσιολογική. Τὸ γεγονὸς τοῦτο ἀποδίδεται εἰς τὸ ὅτι ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἔλαβε χώραν μετὰ πάροδον ἐτῶν καὶ μετὰ τὴν ἐμφάνισιν τῶν ἐπεξεργασιῶν ἀποκαταστάσεως, διότι κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο κατὰ τοὺς Green καὶ Farber ὁ κοκκιωματώδης ἱστὸς ἀντικαθίσταται καθ' ὁλοκληρίαν ὑπὸ συνδετικοῦ τοιούτου ὅστις βαθμηδὸν καὶ κατ' ὀλίγον ὀστεοποιεῖται καὶ οὕτω ἀποκαθίσταται ἡ φυσιολογικὴ εἰκών.

'Ο Snapper εἰς τὸ βιβλίον του (1949) δημοσιεύει περίπτωσιν πολλαπλῶν ἐντοπίσεων ἠωσινοφίλου κοκκιώματος, ὁ εἷς σπόνδυλος τοῦ πάσχοντος τούτου παρουσιάζει δισκοειδῆ εἰκόνα, πλὴν ὅμως ὁ Snapper οὐδαμοῦ συσχετίζει τὴν πάθησιν τοῦ σπονδύλου μὲ τὰς ὑπολοίπους ὀστικὰς ἀλλοιώσεις.

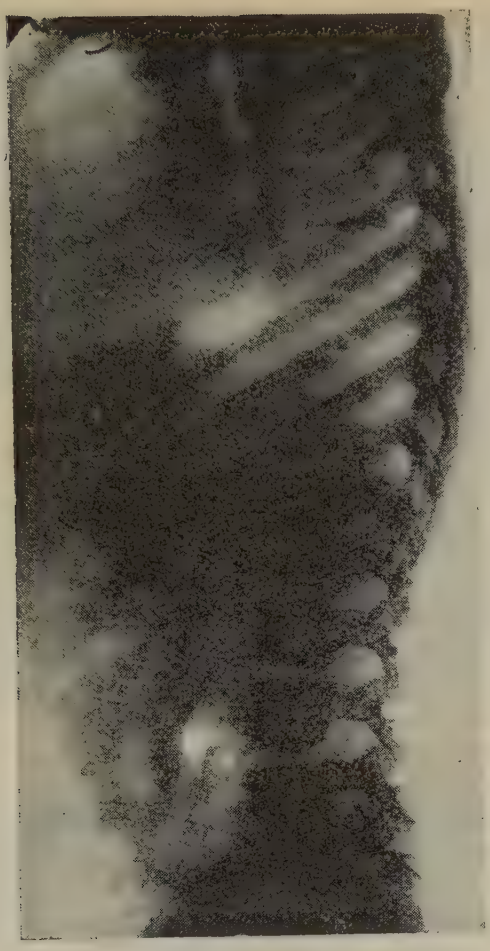
'Ο Fawcit τὸ 1940 παρουσιάζει καὶ αὐτὸς περίπτωσιν διπλῆς ἐντοπίσεως πλατυσπονδυλίας ἐπὶ τετραετοῦς παιδίσκης ἥτις ἐνεφάνιζε κυστικὰς ἀλλοιώσεις καὶ εἰς ἄλλα σημεῖα τοῦ σκελετοῦ. Δὲν ἐγένετο βιοψία καὶ οὕτω διέφυγε ὁ σαφὴς καθορισμὸς τῆς φύσεως τῶν ὀστικῶν ἀλλοιώσεων.

Οὕτω ἡ πάθησις αὕτη ἐξηκολούθει περιγραφομένη μέχρις ἐσχάτων ὡς νόσος τοῦ Calvé, ἢ πλατυσπονδυλία ἢ ὀστεοχονδρῖτις τῆς σπονδυλικῆς στήλης.

'Ο Compere παρουσίασε τὸ 1950 εἰς συγκέντρωσιν ὀρθοπεδικῶν δύο περιπτώσεις νόσου τοῦ Calvé ἐξέφρασε δὲ τὴν πεποίθησιν ὅτι ἡ πάθησις αὕτη ὀφείλετο εἰς ἠωσινόφιλον κοκκίωμα. Τὰς ἰδίας περιπτώσεις καὶ δύο ἑτέρας ἀκόμη παρουσιάζει εἰς ἄρθρον ὁμοῦ μετὰ τῶν Johnson καὶ Coventry τὸν 'Οκτώβριον 1954. Καὶ εἰς τὰς τέσσαρας προαναφερθείσας περιπτώσεις ἐγένετο ἱστολογικὴ ἐξέτασις εἴτε αὐτοῦ τούτου τοῦ σώματος τοῦ σπονδύλου, εἴτε ἄλλης ὑπαρχούσης ὀστικῆς ἐντοπίσεως. Εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις ἀπεδείχθη ὅτι ἐπρόκειτο περὶ ἠωσινοφίλου κοκκιώματος.

Εἰς ἐπίρρωσιν τῶν ὑποστηριχθέντων ὑπὸ τοῦ Compere καὶ ἄλλων οἱ Dickey, Bobbs καὶ Sherill παρουσιάζουν περίπτωσιν τριετοῦς παιδίου τὸ ὁποῖον ἐμφανίζει δισκοειδῆ ἀποπλάτυνσιν 5 σπονδυλικῶν σωμάτων. Τὸ παιδίον τοῦτο παρουσιάζει κυστικὴν ἐκφύλισιν τῆς περιοχῆς τοῦ αὐχένος τοῦ μηροῦ. Βιοψία γενομένη ἐπὶ τῆς τελευταίας ταύτης ἐντοπίσεως ἀπέδειξε ὅτι ἐπρόκειτο περὶ ἠωσινοφίλου κοκκιώματος.

'Ο Louis Pouyanne εἰς ἄρθρον του δημοσιευθὲν εἰς τὴν Revue de chirurgie orthopedique δημοσιεύει περίπτωσιν πλατυσπονδυλίας ὀφειλομένης εἰς ἠωσινόφιλον κοκκίωμα τοῦ ὁποίου ἡ διαπίστωσις ἐγένετο κατόπιν βιοψίας ἐπὶ ἄλλης ἐντοπίσεως εἰς τὸ μετωπιαῖον ὀστοῦν. Ἐν συνεχείᾳ ἀναφέρει ἄλλας 7 περιπτώσεις πλατυσπονδυλίας ὀφειλομένας εἰς ἠωσινόφιλον κοκκίωμα ἐκ τῶν ὁποίων αἱ 5 ἔχουν ἐπιβεβαιωθῆ ἱστολογικῶς. Αἱ περιπτώσεις αὗται εἶναι ἡ Allenbach τῶν Laurence Prochianz Massé καὶ Dubois τῶν Salazar de Souza καὶ Abilio Mendes τοῦ Anspach τοῦ Mareondes de Souza τοῦ Togersen καὶ τοῦ Fawcitt.



Εἰκ. 1.

Εἰκ. 2.

Εἰκ. 3.

Εἰκ. 4.

Παρουσιάζομεν μίαν ἡμετέραν περίπτωσιν πολλαπλῆς πλατυσπονδυλίας ἥτις ὀφείλεται εἰς ἠωσινόφιλον κοκκίωμα ἐν τῇ πεποιθήσει ὅτι θέλομεν οὕτω συντελέσει διὰ τῆς προσθήκης μιᾶς ἀκόμη περιπτώσεως εἰς τὰς ἤδη περιγραφείσας εἰς τὴν ἐδραίωσιν τῆς γνώμης ὅτι ἡ πάθησις αὕτη ὀφείλεται εἰς ἠωσινόφιλον κοκκίωμα τοῦ σώματος τοῦ σπονδύλου.

Πρόκειται περὶ παιδίου ἄρρενος ἡλικίας 3 ἐτῶν (Θ. Γ. ἐξ Ἄνδρου) τὸ ὁποῖον προσεκομίσθη ἡμῖν ὑπὸ τῶν γονέων του κατὰ Αὔγουστον 1954. Ἡ μήτηρ ἀνέφερε ὅτι τὸν τελευταῖον καιρὸν τὸ παιδίον ἤρχισε νὰ παρουσιάζῃ εὐκόλως σημεῖα κοπώσεως ἐπιζητῶν συνεχῶς τὴν ἀγκάλην τῆς μητρός του. Παρετήρησε ἐπίσης καὶ μικρὰν καταβολὴν τῶν δυνάμεων. Κατὰ τὴν ἐξέτασιν τοῦ παιδίου διεπιστώσαμεν τὴν ὕπαρξιν μικρᾶς προεξοχῆς τῆς ἀκανθώδους ἀποφύσεως τῆς ἀντιστοιχούσης εἰς τὸν 11ον θωρακικὸν σπόνδυλον. Ἐγένετο ἀκτινογραφία ἐξ ἧς διεπιστώθη ἡ ἀποπλάτυνσις τῶν σωμάτων τῶν Θ11 καὶ Ο5 σπονδύλων. Τὰ σώματα τούτων ἀπεικονίζοντο τελείως ἀπὸ πεπλατυσμένα δίδοντα τὴν εἰκόνα μεταλλικοῦ νομίσματος ὀρωμένου ἐκ τοῦ πλαγίου. Παρουσιάζουν ὡσαύτως σημεῖα ὀστικῆς πυκνώσεως.

Κατόπιν τῶν ἀκτινογραφικῶν τούτων εὑρημάτων ἐγένετο ἀκτινογράφησις ὅλου τοῦ σκελετοῦ τοῦ παιδίου. Κατὰ τὸν ἔλεγχον τοῦτον διεπιστώθη ἡ ὕπαρξις κυστικῶν ἀλλοιώσεων ἀμφοτέρων τῶν ἰσχιακῶν κυρτωμάτων (Εἰκὼν 2) ὡς καὶ ἡ ὕπαρξις κυστικῆς ἀλλοιώσεως κατὰ τὴν δεξιὰν κροταφικὴν (Εἰκὼν 3) χώραν. Συνεστήσαμεν ὅπως γίνῃ ἱστολογικὴ ἐξέτασις τῆς πλέον προσιτῆς ἐκ τῶν ἑστιῶν τούτων ἤτοι τῆς τοῦ κρανίου, ἥτις καὶ ἔλαβε χώραν (Α. Πολίτης). Τὸ πόρισμα τῆς ἱστολογικῆς ἐξετάσεως ἔχει ὡς ἀκολούθως :

«Τὰ ἀποσταλέντα τεμάχια ἐκ τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ παρουσιάζουν ἱστολογικῶς διάχυτον ἀνάπτυξιν δικτυοενδοθηλιακῶν κυττάρων σχήματος ἀτρακτοειδοῦς ἢ πολυεδρικοῦ ὡς καί τινων εὐμεγέθων γιγαντοκυττάρων μετὰ πολυαρίθμων ἀκανονίστως διατεταγμένων πυρήνων. Διαχύτως παρατηρεῖται ἀνάπτυξις πολυαρίθμων φλεγμονωδῶν στοιχείων τὰ πλεῖστα τῶν ὁποίων εἶναι πολυμορφοπύρηνα ἠωσινόφιλα ἐν μέρει δὲ λεμφοκύτταρα καὶ πλασματοκύττυρα. Κατὰ τόπους παρατηροῦνται νεόπλαστα αἱμοφόρα τριχοειδῆ ἀγγεῖα, αἱμορραγικαὶ διηθήσεις ὡς καὶ νεκρώσεις τοῦ ὡς ἄνω ἱστοῦ.

Συμπέρασμα Ἠωσινόφιλον κοκκίωμα (Παπαχαραλάμπους).

Ἡ γενομένη ἐξέτασις τοῦ αἵματος ὡς καὶ ἡ στερνικὴ παρακέντησις ὑπῆρξαν φυσιολογικαί.

Ἀφοῦ ἐτέθη ἡ διάγνωσις συνεστήσαμεν τὴν κατασκευὴν ὀρθοπεδικοῦ στηθοδέσμου καὶ τὴν τακτικὴν ἀκτινογραφικὴν παρακολούθησιν τοῦ παιδίου.

Νέαι ἀκτινογραφίαι τῆς σπονδυλικῆς στήλης γενόμεναι μετὰ 6μηνον ἔδειξαν τὴν ἐμφάνισιν νέας ἑστίας εἰς τὸν 7ον Θ. σπόνδυλον.

Αἱ ἀκτινογραφίαι αἵτινες ἔγιναν ἓν ἔτος μετὰ τὴν ἀνακάλυψιν τῆς παθήσεως (1955) δεικνύουν τελείαν ὑποχώρησιν τῶν ἐντοπίσεων τῶν ἰσχιακῶν

κυρτωμάτων καὶ τοῦ κρανίου. Αἱ ἀκτινογραφίαι μετὰ διετίαν ἀπὸ τῆς ἀνακαλύψεως τῆς παθήσεως δεικνύουν ἔκδηλον ἀναπλαστικὴν τάσιν εἰς τὰ σώματα τῶν Θ11 καὶ Ο5, ἐνῶ ὁ Θ7 παραμένει ἀποπλατυσμένος (εἰκὼν 4).

Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ παιδίου εἶναι σήμερον ἀρίστη ἐξακολουθεῖ δὲ φέρον τὸν στηθόδεσμον.

Συμπέρασμα : Ἡ μελέτη τῆς ὡς ἄνω περιπτώσεως πείθει ὅτι ἡ πλατυσπονδυλία δὲν ὀφείλεται εἰς νεκρωτικὰς ἐπεξεργασίας ὡς ἐνομίζετο μέχρι σήμερον ἀλλὰ εἰς ἠωσινόφιλον κοκκίωμα. Ὑπὲρ τῆς ἀπόψεως ταύτης συνηγορεῖ καὶ ἡ τάσις πρὸς ἀνάπλασιν τῆς βλάβης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Casagrande P. A. and Fros G. Fundamentals of clinical Orthopaedics P. 224. New York Grue an Stratton 1953.

Compere F. Johnson W. and Coventry. Vertebra Plana (Calve Disease) due to Eosinophilic granuloma. Jour. of bone and joint Surgery 36A 969—980 oct. 1954.

Fawcitt Richard. Osteochandritis vertebralis (Calvé) Associated with Pathological changes in other bones. British Journal of Radio logy 13 172—178 1940.

Jackson Routh. The cervical syndrome. In instructional course lectures. The American Academy of orthop Surgeons Vol X p. 65—90 1953.

Buhman Joseph. Osteochondritis of the Vertebral body. J of Bone and Joint Surg. 9. 55—56 Jan. 1927.

Calve Jacques. A localised affection of the spine suggesting osteochandritis of the vertebral body with the clinical aspect of Pott's disease. Journal of bone and joint Surgery 7. 41—46 Jan 1925.

Fairbank Thomas. Recent knowledge of affections of the skeleton in children. Great. I Dec. 1952. J. Bone Joint Surg. 35B 496—500, 1953.

Mezzari A. Über die Çalversche vertebra Plana (infantile pseudospondylitis) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 57 275—286 1938.

Snapper I. Medical clinics of bone disease Edz. p. 194 New York 1949.

S. de Seze &A. Rockewaert. Maladie des os et articulations.

Green and S. Farber. Eosinophilic or solitary granuloma of bone. J. Bone and Joint Surgery 1942 24. 499, 526.

Jaffe et Lichtenstein. Eosinophilic granuloma of bone. Ard Path. 1944 99—18.

Louis Pouyanne. La vertebra plana. Revue de chirurgie orthopedique Janvier—Mars 1954 p. 25.

Resumé

HOPITAL DE LA CROIX ROUGE
HELLENIQUE «ASCLEPEION DE VOULA

Vertebra plana due au granulome eosinophilique

Par Dr *Men. Dimitsa*
Directeur : de la 3eme Clinique orthopedique

L' auteur soutient l' opinion des chirurgiens Americains et Français que l' origine de la vertebra plana est due au granulome eosinophilique.

Il presente le cas d' un malade agé de 3 ans qui montre sur ses radiographies 3 vertebres applaties (D_7 D_{11} L_5). Une autre localisation sur l' os temporal du même malade a subi un examen histologique qui decela un granulome eosinophilique.

Uu corset orthopedique a été le seul traitement. Sur la dernière radiographie prise 2 ans aprés le debut de la maladie on distingue nettement la regeneration du corps de la L_5.

Summary

ASCLEPEION VOULAS, RED CROSS HOSPITAL

Vertebra plana due to eosinophilic granuloma

By Dr *Men. Dimitsas*
Director of the 3d orthopedic department.

In the present paper the author supports the recent opinion of American and French surgeons on the aetiology of vertebra plana.

He presents the case of a boy 3 years old suffering from multiple localisations of the above mentioned affection (D_7 D_{11} L_5).

On another osseous localisation on the temporal bone of the same patient a biopsy has been performed which showed the evidence of an eosinophilic granuloma. It is obvious that on this case as it happens on the cases presented by other authors tne same affection caused the difformity of the 3 vertebral bodies. The only treatment followed was the confection of a brace.

The recent X/Ray taken 2 years after the onset of the disease shows a certain degree of reconstruction on the body of L_5.

Ἐκ τῆς Β' Ὀρθοπεδικῆς Χειρουρ. Κλινικῆς τοῦ Ἀσκληπιείου Βούλας τοῦ «Ε.Ε.Σ.»
Διευθυντής : Ὁ Καθηγητὴς κ. Θ ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ ΤΩΝ KLIPPEL—FEIL

(Μετὰ μιᾶς σπανίας περιπτώσεως : Σύνδρομον Klippel—Feil, ἀποπλάτυνσις τῆς βάσεως τοῦ κρανίου, ἰνιοποίησις τοῦ πρώτου αὐχενικοῦ σπονδύλου, προσθία δισχιδὴς ῥάχις, αὐχενικὴ πλευρά).

Ὑπὸ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ν. ΠΑΪΣΙΟΥ
Βοηθοῦ τῆς Κλινικῆς

Ὡς σύνδρομον Klippel—Feil χαρακτηρίζεται ἡ συγγενὴς συνοστέωσις δύο ἢ περισσοτέρων αὐχενικῶν σπονδύλων. Ἂν καὶ ὁ Hutchiusors ἤδη τῷ 1894, ὁ δὲ Clarke τῷ 1906 εἶχον ἀνακοινώσει περιπτώσεις τῆς συγγενοῦς αὐτῆς ἀνωμαλίας τῆς αὐχενικῆς σπονδυλικῆς στήλης, ἐν τούτοις τὸ ὄνομα τῶν Klippel καὶ Feil συνδέεται μετὰ τοῦ συνδρόμου, διότι οἱ συγγραφεῖς οὗτοι πρῶτοι τῷ 1912 προέβησαν εἰς πλήρη κλινικὴν περιγραφὴν αὐτοῦ, ὡς καὶ εἰς λεπτομερῆ νεκροτομικὴν μελέτην, ἐπὶ ἀσθενοῦς ἡλικίας 46 ἐτῶν, ὁ ὁποῖος ἀπέθανεν ἐκ πλευρίτιδος καὶ νεφρίτιδος. Κατὰ τὴν γενομένην νεκροψίαν ἀνευρέθησαν μόνον τέσσαρες αὐχενικοὶ σπόνδυλοι, οἱ ὁποῖοι εἶχον συνοστεωθῆ εἰς συνεχῆ ὀστικὴν στήλην. Συνυπῆρχον ἀμφοτερόπλευροι αὐχενικαὶ πλευραὶ καὶ ὀπισθία δισχιδὴς ῥάχις. Τὴν ἀνωμαλίαν αὐτὴν οἱ Klippel καὶ Fell ἀπεκάλεσαν «αὐχενικὸς θώραξ».

Ὁ Fell τῷ 1919 ἀνεσκόπησε τὰς μέχρι τότε ἀνακοινωθείσας περιπτώσεις καὶ διέκρινε τρεῖς τύπους τοῦ συνδρόμου.

1ον) Περιπτώσεις μὲ πλήρη συνοστέωσιν τῆς αὐχενικῆς σπονδυλικῆς στήλης.

2ον) Περιπτώσεις μὲ μερικὴν συνοστέωσιν τῶν αὐχενικῶν σπονδύλων.

3ον) Περιπτώσεις μὲ ἐλάττωσιν τοῦ ἀριθμοῦ τῶν αὐχενικῶν σπονδύλων καὶ συνοστέωσιν αὐτῶν, ὡς καὶ μὲ ἀνωμαλίας εἰς ἄλλας μοίρας τῆς σπονδυλικῆς στήλης.

Ὁ Dubreuil—Chambardek ἀργότερον ἔδωσεν εἰς τοὺς ἀσθενεῖς αὐτοὺς τὴν παρωνυμίαν «ἄνθρωπος χωρὶς αὐχένα» («L' homme sans cou»). Ὁ δὲ Bertolotti προσέθεσεν εἰς τὸ σύνδρομον τὴν παραμόρφωσιν τῆς ὠμοπλάτης, νευροτροφικὰς διαταραχὰς αἱ ὁποῖαι προέρχονται ἐκ τοῦ βραχιονίου πλέγματος καὶ τὴν αὐχενοθωρακικὴν σκολίωσιν, ἡ ὁποία συνήθως ὀφείλεται εἰς ἡμισπόνδυλον.

Αἰτιολογία—Παθογένεια. Οἱ Klippel καὶ Feil κατὰ τὴν πρώτην των ἀνακοίνωσιν ἀπέδωσαν τὸ σύνδρομον εἰς ἐνδομήτριον φλεγμονὴν ἢ τραυματισμόν.

Ὁ ἀνατόμος Cave ὑπεστήριξε τὴν ἄποψιν ὅτι αἱ συνοστεώσεις αὐταὶ

ἀποτελοῦν προσπάθειαν σχηματισμοῦ αὐχενικοῦ ἱεροῦ ὀστοῦ, πρὸς καλλιτέραν στήριξιν τῆς κεφαλῆς.

Τῷ 1943 ὁ Saunders ἐξέφρασε τὴν γνώμην, ὅτι αἰτία τῆς ἀνωμαλίας αὐτῆς εἶναι ἡ καταβολὴ διπλῆς ἢ κατὰ μῆκος διακεχωρισμένης νωτιαίας χορδῆς. Ὑπὲρ τῆς ἀπόψεως αὐτῆς εἶναι αἱ ὑπὸ τοῦ Neuhauser καὶ τῶν συνεργατῶν του περιγραφεῖσαι περιπτώσεις διαστηματομυελίας δηλ. ὀβελιαίας διαιρέσεως τοῦ νωτιαίου μυελοῦ καὶ τῆς ἱππούριδος, μετὰ ἀνωμαλιῶν τῆς ἀναπτύξεως τῶν σπονδύλων.

Ὁ μηχανισμός, καθ' ὃν προκαλεῖται ἡ συγγενὴς αὐτὴ παραμόρφωσις, δὲν εἶναι γνωστός. Κατὰ τὸν Steindler πρόκειται περὶ ἀνωμαλίας τῆς διαφοροποιήσεως, ἡ ὁποία δὲν περιορίζεται μόνον εἰς τὴν σπονδυλικὴν στήλην, ἀλλὰ δυνατὸν νὰ ἀφορᾷ καὶ εἰς ἄλλα μέρη τοῦ σκελετοῦ.

Προφανῶς εἰς τὴν ἐμφάνισιν τοῦ συνδρόμου τῶν Klippel—Feil ὑπεισέρχεται ὁ παράγων τῆς κληρονομικότητος. Ἔχουν περιγραφῆ περιπτώσεις τοῦ συνδρόμου εἰς πολλὰ ἄτομα τῆς αὐτῆς οἰκογενείας.

Κλινικὴ εἰκών. Αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τοῦ συνδρόμου ὀφείλονται εἰς τὴν συνοστέωσιν τῶν σπονδύλων καὶ τὴν τυχὸν συνύπαρξιν ἀνωμαλιῶν ἄλλων τμημάτων τοῦ σκελετοῦ. Ἐνίοτε ἡ διάγνωσις δύναται νὰ τεθῇ καὶ διὰ μόνης τῆς ἐπισκοπήσεως. Ὁ αὐχὴν τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι βραχύς, δυνατὸν δὲ νὰ ἐλλείπῃ τελείως, ὅτε ἡ κεφαλὴ εἶναι ἐμφυτευμένη ἐπὶ τοῦ θώρακος. Ἡ γραμμὴ τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς πολλάκις ἐκτείνεται μέχρι τοῦ ὕψους τῶν ὠμοπλατῶν. Ὁ αὐχὴν φαίνεται πλατύς, οἱ δὲ τραπεζοειδεῖς μῦς, προέχοντες ἑκατέρωθεν, δίδουν τὴν ἐντύπωσιν πτερυγίων. Εἰς τὴν Ἀγγλικὴν βιβλιογραφίαν συχνὰ συναντᾶται ἡ ὀνομασία «συγγενὴς πτερυγοειδὴς αὐχήν». Εἰς πολλὰς περιπτώσεις ἡ κεφαλὴ εὑρίσκεται εἰς θέσιν ραιβοκράνου, ὅτε συνυπάρχει καὶ ἀσυμμετρία τοῦ προσώπου.

Αἱ κινήσεις τῆς αὐχενικῆς μοίρας τῆς σπονδυλικῆς στήλης εἶναι περιωρισμέναι, λόγῳ τῆς συνοστεώσεως τῶν σπονδύλων καὶ τῆς ἐλλείψεως ἐλευθέρων ἀρθρώσεων κατὰ τὴν συνοστεωθεῖσαν μοῖραν. Ἀναλόγως τῆς ἕδρας τῆς συνοστεώσεως, δυνατὸν νὰ ἐλλείπουν ἢ νὰ εἶναι περιωρισμέναι αἱ πλάγιαι κινήσεις, αἱ στροφικαὶ ἢ αἱ προσθιοπίσθιαι.

Χαρακτηριστικὴ εἶναι ἡ ἔλλειψις ἄλγους.

Ἐκ τῶν μυῶν τοῦ αὐχένος καὶ τοῦ τραχήλου, ἐκτὸς τῆς λόγῳ προσαρμογῆς συρρικνώσεως αὐτῶν, οὐδεμία ἀνωμαλία παρατηρεῖται, ἡ δὲ λειτουργία αὐτῶν εἶναι φυσιολογικὴ ἐντὸς τῶν ἐπιτρεπομένων ὑπὸ τῆς συνοστεώσεως ὁρίων κινητικότητος.

Εἰς τὴν κλινικὴν εἰκόνα τοῦ συνδρόμου τῶν Klippel—Feil δυνατὸν νὰ προστεθοῦν ἐκδηλώσεις ἐκ τῆς συνυπάρξεως καὶ ἄλλων συγγενῶν ἀνωμαλιῶν. Ἔχουν περιγραφῆ περιπτώσεις μὲ συριγγομυελίαν, ἀταξίαν τύπου Friedreich, νυσταγμόν, σπαστικὴν παράλυσιν τῶν ἄνω ἄκρων, διαταραχὰς τῶν

σφιγκτήρων καὶ νευροτροφικὰς διαταραχὰς τῶν ἀρθρώσεων. 'Ο Latto ἀνεκοίνωσε περίπτωσιν συνδρόμου Klippel—Feil μὲ νυσταγμὸν καὶ αὐχενικὴν μηνιγγοκήλην. 'Η συνύπαρξις συνδρομῆς Horner καὶ ριζίτιδος αὐχενικῆς, λόγῳ στενώσεως τῶν μεσοσπονδυλίων τρημάτων ἔχουν παρατηρηθῆ.

"Ετεραι συγγενεῖς ἀνωμαλίαι, αἱ ὁποῖαι εἶναι δυνατὸν νὰ συνυπάρχουν μετὰ τοῦ συνδρόμου τῶν Klippel—Feil, εἶναι τὸ λυκόστομα, ἡ μικρογναθία καὶ ἡ παθολογικὴ ἐκβολὴ τῶν ὀδόντων. 'Υπὸ πολλῶν συγγραφέων ἔχουν ἀνακοινωθῆ ἡ συνύπαρξις πτερυγοειδῶν τραπεζοειδῶν μυῶν, ραιβοκράνου ὀστικοῦ ἢ μυϊκοῦ, συγγενοῦς ἀνυψώσεως τῆς ὠμοπλάτης, χηνοειδοῦς θώρακος καὶ αὐχενοθωρακικῆς σκολιώσεως. 'Υπὸ τῶν Allen, Klarke, Clemmesen καὶ Demeler ἀνεκοινώθησαν περιπτώσεις, εἰς τὰς ὁποίας συνυπῆρχον αὐχενικαὶ πλευραί. Οἱ Furst καὶ Ostrum ἀνεκοίνωσαν περίπτωσιν, εἰς τὴν ὁποίαν συνυπῆρχον σύνδρομον Klippel—Feil, ἀποπλάτυνσις τῆς βάσεως τοῦ κρανίου καὶ ἀνύψωσις τῆς ὠμοπλάτης (παραμόρφωσις Sprengel). 'Ο Drehmman περιέγραψε περίπτωσιν ἐμφανίζουσαν, ἐκτὸς τῶν αὐχενικῶν σπονδύλων, ραιβοποδίαν, ἐξάρθρημα τοῦ ἰσχίου καὶ κερκιδο-ὠλενικὴν συνοστέωσιν. 'Ο δὲ Mitchell ἀναφέοει περίπτωσιν συνδρόμου Klippel—Feil μὲ συγγενεῖς καρδιακὰς ἀνωμαλίας.

Παθολογοανατομικὰ εὑρήματα. 'Επιβεβαιοῦται ἡ συνοστέωσις τῶν σπονδύλων καὶ ἀνευρίσκονται αἱ τυχὸν συνυπάρχουσαι ἕτεραι συγγενεῖς ἀνωμαλίαι. 'Υπὸ τῶν Jarccho καὶ Levin τὰ αὐχενικὰ μυελοτόμια, εἰς ἀμιγεῖς περιπτώσεις συνδρόμου τῶν Klippel—Feil, περιγράφονται ὡς φυσιολογικά.

Διάγνωσις καὶ διαφορικὴ διάγνωσις

Διὰ τὴν διάγνωσιν τοῦ συνδρόμου εὐνόητον εἶναι, ὅτι ἀπαραίτητος καθίσταται ὁ ἀκτινογραφικὸς ἔλεγχος. "Αν καὶ τὸ σύνδρομον ἐντοπίζεται εἰς τὴν αὐχενικὴν μοῖραν, συνιστᾶται ἡ λῆψις ἀκτινογραφιῶν ὁλοκλήρου τῆς σπονδυλικῆς στήλης πρὸς ἐξακρίβωσιν τῆς ἐκτάσεως τῶν συγγενῶν ἀνωμαλιῶν, ἐπίσης δὲ καὶ τοῦ κρανίου ἢ καὶ ἄλλων τμημάτων τοῦ σκελετοῦ ἀναλόγως τῆς κλινικῆς ἐνδείξεως.

Τὸ σύνδρομον τῶν Klippel—Feil ἀποτελεῖ ἀρκετὰ σπανίαν συγγενῆ ἀνωμαλίαν τοῦ σκελετοῦ. Κατὰ τοὺς Shoul καὶ Ritvo μέχρι τοῦ 1952 εἶχον ἀνακοινωθῆ περὶ τὰς 150 περιπτώσεις.

Εἶναι ἐν τούτοις ἐπάναγκες, ὅπως γνωρίζωμεν τὴν συγγενῆ αὐτὴν ἀνωμαλίαν καὶ ἔχωμεν ταύτην ὑπ' ὄψιν κατὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν ἐκ τῆς φυματιώσεως τῆς σπονδυλικῆς στήλης, τῆς συφιλίδος, τοῦ ραιβοκράνου καὶ τῶν παλαιῶν ἰαθέντων καταγμάτων τῆς αὐχενικῆς μοίρας, διότι εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ κατάλληλος θεραπευτικὴ ἀγωγὴ δίδει καλὰ ἀποτελέσματα.

'Εξ ἄλλου, ἀπὸ κλινικῆς πλευρᾶς, θὰ πρέπει νὰ γνωρίζωμεν ὅτι τὰ ἄτομα μὲ σύνδρομον τῶν Klippel—Feil ὑπόκεινται εὐκολώτερον εἰς κατάγματα τῆς αὐχενικῆς σπονδυλικῆς στήλης, λόγῳ τῆς περιωρισμένης κινητικότητος τοῦ

αὐχένος. Συνιστᾶται ὅπως οἱ φέροντες τὸ σύνδρομον Klippel—Feil ἀποφεύγουν τὰς καταδύσεις κατὰ τὴν κολύμβησιν, τὴν πάλην, τὸ ποδόσφαιρον καὶ ἐν γένει οἱανδήποτε ἐνέργειαν, ἥτις ἐκθέτει αὐτοὺς εἰς τὸν κίνδυνον τοῦ τραυματισμοῦ τῆς κεφαλῆς ἢ τοῦ αὐχένος. Ἡ συγγενὴς αὐτὴ ἀνωμαλία ἐπιτρέπει μακρὸν βίον, ἡ δὲ πρόγνωσις ἀλλάσσει μόνον ἐπὶ συνυπάρξεως ἄλλων συγγενῶν ἀνωμαλιῶν καὶ ἰδίᾳ νευρικῶν διαταραχῶν.

Θεραπεία. Ἐκτὸς τῶν ἀνωτέρω ἐκτεθέντων προφυλακτικῶν μέτρων, οἱ πλεῖστοι τῶν συγγραφέων συμφωνοῦν, ὅτι οὐδεμία θεραπευτικὴ ἀγωγὴ ἐνδείκνυται.

Ὁ Steindler ὑποστηρίζει ὅτι οἱ χειρισμοὶ πρὸς αὔξησιν τῆς κινητικότητος τῆς αὐχενικῆς Σ.Σ. δυνατὸν νὰ ἀποβοῦν ἐπιβλαβεῖς. Ἐν τούτοις ἄλλοι

Εἰκ. 1.

συγγραφεῖς, ὡς ὁ Thomson, συνιστοῦν θεραπευτικὰς ἀσκήσεις, ὑπερεκτάσεις τοῦ αὐχένος καὶ τῆς θωρακοσφυϊκῆς μοίρας τῆς Σ.Σ., ὡς καὶ ἕλξιν τῆς αὐχενικῆς Σ.Σ. διὰ βάρους.

Ὁ Lewin ἀνεκοίνωσε περίπτωσιν, εἰς ἣν προέβη δι' αἰσθητικοὺς λόγους, εἰς τὴν ἀφαίρεσιν τῆς ἔξω μοίρας τῶν τραπεζοειδῶν μυῶν.

Ὁ Bonola εἰς τὸ τελευταῖον συνέδριον τῆς Διεθνοῦς Ὀρθοπεδικῆς Ἑταιρίας ἀνεκοίνωσεν ἰδίαν μέθοδον χειρουργικῆς θεραπείας τοῦ συνδρόμου Klippel—Feil, τὴν ὁποίαν ὀνομάζει «αὐχενοποίησιν». Εἶναι μερικὴ θωρακοπλαστικὴ καὶ συνίσταται εἰς τὴν ἐξαίρεσιν τοῦ ὀπισθίου τμήματος τῶν πρώτων τριῶν πλευρῶν ὡς καὶ τῆς τυχὸν συνυπαρχούσης αὐχενικῆς πλευρᾶς. Ἐγχείρησις ἐκτελεῖται εἰς δύο στάδια, ἓν δι' ἕκαστον ἡμιθωράκιον.

Ἐφηρμόσθη ἐπὶ μιᾶς περιπτώσεως συνδρόμου Klippel - Feil, τὸ ἀπο-

τέλεσμα δὲ ἦτο ἱκανοποιητικὸν τόσον ἀπὸ αἰσθητικῆς ὅσον καὶ ἀπὸ λειτουργικῆς ἀπόψεως (αὔξησις τῆς κινητικότητος).

Ἡμετέρα περίπτωσις. Ἀσθενὴς Λουκᾶτος Κων)νος, ἡλικίας 21 ἐτῶν.

Ἐπισκοπικῶς σημειοῦμεν τὴν ὕπαρξιν βραχέος καὶ πλατέος αὐχένος, προπέτειαν τοῦ χείλους τῶν τραπεζοειδῶν μυῶν, ἑκατέρωθεν ἐν εἴδει πτερυγίων, ὡς καὶ ἐλαφρὸν ραιβόκρανον ἀριστερὰ μετὰ ἀσυμμετρίας τοῦ προσώ-

Εἰκ. 3.

που. Αἱ κινήσεις τοῦ αὐχένος εἶναι περιωρισμέναι εἰς ἱκανὸν βαθμόν, ἀλλὰ ἀνώδυνοι. Ὁ ἀσθενὴς δι' οὐδὲν ἐνόχλημα παραπονεῖται.

Ὁ ἀκτινογραφικὸς ἔλεγχος τῆς αὐχενικῆς σπονδυλικῆς στήλης ἀποκαλύπτει τὰ ἀκόλουθα. Ὁ πρῶτος αὐχενικὸς σπόνδυλος ἔχει συνοστεωθῆ πρὸς τὴν βάσιν τοῦ κρανίου ***(ἰνιοποίησις)***, ἥτις εἶναι ἀποπεπλατυσμένη ***(πλατυβασία)***. Ὁ 2ος αὐχενικὸς σπόνδυλος εἶναι ὑπερμεγέθης. Ὁ 5ος, 6ος καὶ 7ος αὐχενικὸς σπόνδυλος ἔχουν συνοστεωθῆ πλήρως μεταξύ των καὶ ἀποτελοῦν συνεχῆ ὀστικὴν στήλην.

Παρὰ ταῦτα εἰς τὴν προσθιοπισθίαν ἀκτινογραφίαν παρατηρεῖται προσθία δισχιδὴς ράχις (σωματόσχισις) ἀφορῶσα εἰς τοὺς τελευταίους δύο αὐχενικοὺς σπονδύλους. Αἱ ἀκανθώδεις ἀποφύσεις φέρονται ἀνωμάλως, δὲν ἔχουν ὅμως συνοστεωθῆ. Τέλος παρατηρεῖται ἀνώμαλος ὑπερπλασία τῶν ἐγκαρσίων ἀποφύσεων τῶν κατωτέρων αὐχενικῶν σπονδύλων καὶ 7η αὐχενικὴ πλευρὰ ἀριστερά.

Ἐκ τῆς λοιπῆς σπονδυλικῆς στήλης σημειοῦμεν τὸ σύνηθες εὕρημα τῆς ὀπισθίας δισχιδοῦς ράχεως τοῦ πρώτου ἱεροῦ σπονδύλου.

Δὲν ἐγένετο ἀκνινογραφικὸς ἔλεγχος τῶν ἄλλων τμημάτων τοῦ σκελετοῦ διότι δὲν ἐθεωρήθη ἀπαραίτητον, ἐκ τῆς γενομένης λεπτομεροῦς κλινικῆς ἐξετάσεως τοῦ ἀσθενοῦς. Πλὴν τοῦ συνδρόμου Klippel—Feil δὲν παρετηρήθη ἑτέρα συγγενὴς ἀνωμαλία.

Ἡ ὡς ἄνω περίπτωσις παρουσιάζει ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον, διότι μετὰ τῆς συνοστεώσεως τῶν αὐχενικῶν σπονδύλων συνυπάρχουν καὶ ἕτεραι συγγενεῖς ἀνωμαλίαι τῆς αὐχενικῆς σπονδυλικῆς στήλης καὶ τοῦ κρανίου.

1ον) Ἀποπλάτυνσις τῆς βάσεως τοῦ κρανίου (Platybasia) Ἡ συνύπαρξις συνδρόμου Klibbel - Feil καὶ ἀποπλατύνσεως τῆς βάσεως τοῦ κρανίου εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία.

Τῷ 1942 οἱ Furst καὶ Ostrum ἀνεκοίνωσαν περίπτωσιν συνδρόμου τῶν Klippell - Feil μετὰ ἀποπλατύνσεως τῆς βάσεως τοῦ κρανίου καὶ συγγενοῦς ἀνυψώσεως τῆς ὠμοπλάτης (παραμόρφωσις Sprengel). Ἑτέραν δὲ τοιαύτην οἱ Shoul καὶ Ritvo τῷ 1952. Ἡ ἀποπλάτυνσις τῆς βάσεως τοῦ κρανίου δεικνύεται ἐκ τῆς σχέσεως τῆς κορυφῆς τοῦ ὀδόντος τοῦ 2ου αὐχενικοῦ σπονδύλου πρὸς τὴν γραμμὴν τοῦ Chamberlain. Εἶναι δὲ αὕτη γραμμὴ εὐθεία ἑνοῦσα τὸ ὀπίσθιον χεῖλος τῆς σκληρᾶς ὑπερῴας πρὸς τὸ ὀπίσθιον χεῖλος τοῦ ἰνιακοῦ τρήματος. Φυσιολογικῶς ἡ κορυφὴ τοῦ ὀδόντος μόλις ἐφάπτεται τῆς γραμμῆς τοῦ Chamberlain.

Εἰς τὴν περίπτωσίν μας εἶναι ἐμφανὲς ὅτι ἕνα μεγάλο τμῆμα τοῦ ὀδόντος εὑρίσκεται ἄνωθεν αὐτῆς.

Ὁ Crodlewski ἀναφέρει τὴν γραμμὴν τοῦ Fischgold. Φέρεται, ἐπὶ προσθιοπισθίας διαστοματικῆς ἀκτινογραφίας, μεταξὺ τῶν κορυφῶν τῶν δύο μαστοειδῶν ἀποφύσεων. Ἐπὶ φυσιολογικοῦ κρανίου μόλις ἐφάπτεται τοῦ ὀδόντος, ἐνῷ ἐπὶ ἀποπλατύνσεως τῆς βάσεως διατέμνει αὐτὸν εἰς διάφορον ἑκάστοτε ὕψος.

2ον) Ἰνιοποίησις τοῦ πρώτου αὐχενικοῦ σπονδύλου. Ἡ ἀτλαντοϊνιακὴ συνοστέωσις εἶναι ἐπίσης σπανία ἀνωμαλία.

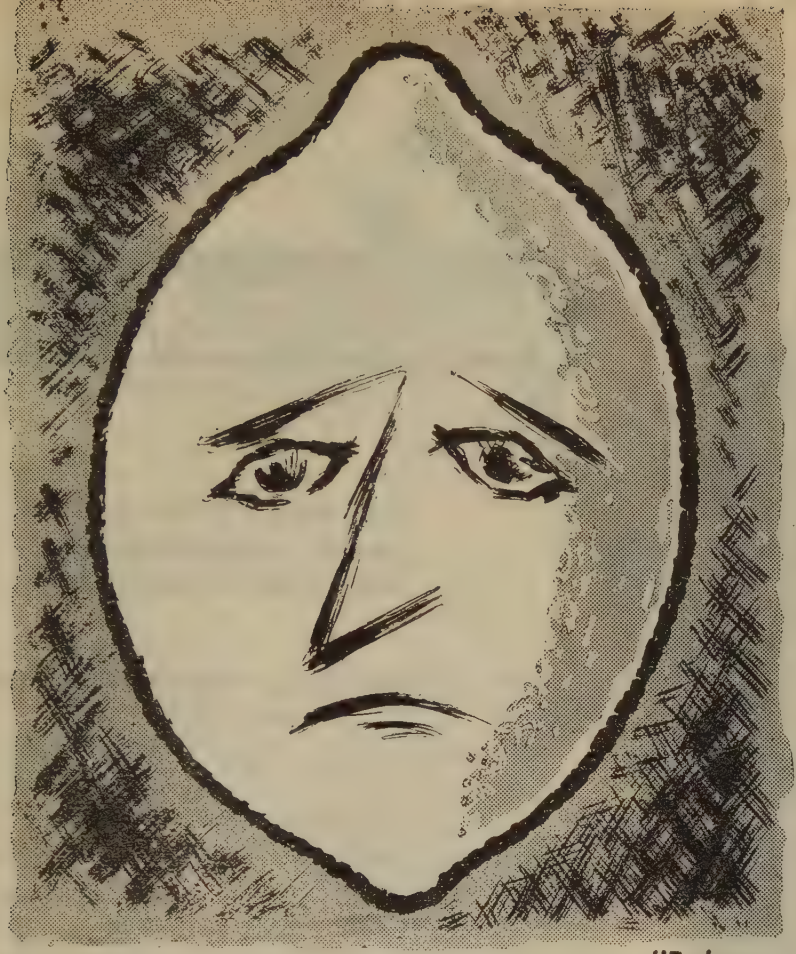
3ον) Προσθία δισχιδὴς ράχις. Ἡ περίπτωσίς μας ἀποτελεῖ τὴν μόνην μέχρι σήμερον ἀνακοινωθεῖσαν συνύπαρξιν προσθίας δισχιδοῦς ράχεως (σωματόσχισις) καὶ συνδρόμου Klippel—Feil.

'Η περίπτωσις αὐτὴ ὑποστηρίζει τὴν ἄποψιν τοῦ Saunders καθ' ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὴν αἰτιολογίαν τοῦ συνδρόμου.

4ον) Αὐχενικὴ πλευρά. 'Ελάχισται εἶναι αἱ μέχρι τοῦδε ἀνακοινωθεῖσαι περιπτώσεις συνυπάρξεως τῶν συγγενῶν αὐτῶν ἀνωμαλιῶν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Allen, W. E. Jr.* Klippel-Feil Malformation, Radiology, 1945, 44. 79—81.
2. *Bertolotti, H.* Chir. d. org. di movimento, 4. 395, 1920.
3. *Brai Isford, J. F.* Radiology of Bones and Joints, 4th Edition, Churchill, London, 1948.
4. *Clarke, J. J.* Congenital deformity of vervical spine. Nancet, 1906, 2, 1350.
5. *Cave A. J. E.* Case Report—Journal of Anatomy 72, 319, 1937-38
6. *Clemmesen, V.* Congenital Cervical Synostosis (Klippel—Feil Syndrome). Acta Radiol. 17, 480—90 1936.
7. *Demeler, W.* Cited by Erskine.
8. *Drehmann.* Zentralbl. f. Chir., 53, 2821, 1926.
9. *Dubrenil-Chambardek.* Presse Medicale, 29, 36, 353, 1921.
10. *Erskine, C. A.* Analysis of Klippel—Feil Syndrome. Archives of Pathology, 1946, 41, 269—281.
11. *Feil, A.* L' absence et la diminution des vertebres cervicales (etude clinique et pathogenique). Le syndrome de reduction nunerique cervicale. These de Paris, 1919.
12. *Furst, W. and Ostrum, H. W.* Platydasia, Klippel—Feil Syndrome and Sprengel's deformisty—Amer. J. of Roentg. an Rad. Therapy, 47, 588—590, 1942.
13. *Hutchinson, J.* Deformities of shoulder girdle British Med. Journal, 1, 634—653 1894.
14. *Klippel and Feil. A.* Un cas d'absence des vertebres—cervicales avec cage thoracique remontant jusqu' à la base du crane. N. inconog. de la salpetiere, Paris, 1912, 25, 223—50.
15. *Latto, D.* A. casse of Klippel—Feil Syndrome. British Medical Journal, 1, 669, 1942.
16. *Liewin, P.* Backache and Sciatic Neuritis, Lea and Febtger, Phila, 1943 p. 514.
17. *Mitchell, H. S.* Klippel—Feill Syndrome (congenital Webbed neck). Arch. Diseases—Childhood, 9, 213—8, 1934.



"Γνώμη"

SULFARLEM

ΤΡΙΘΕΙΟ - ΠΑΡΑΜΕΘΟΞΥ - ΦΕΝΥΛΠΡΟΠΕΝΙΟΝ

ΘΕΙΟΥΧΟΝ ΧΟΛΕΚΚΡΙΤΙΚΟΝ

ΑΠΟΚΑΘΙΣΤΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΝ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ - ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

1 - 2 σφαιρία 10 λεπτά πρό έκάστου γεύματος.

1 φῦσιγξ ἀνά ἑκάστην δευτέραν ἡμέραν βαθέως ἐντός τῶν μυϊκῶν μαζῶν.

LATEMA

LABORATOIRES DE THERAPEUTIQUE MODERNE

FAMAR - ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ - Ἀγχιάλου 33 - Τηλέφ. 83.357

Calbromen

ΔΑΜΒΕΡΓΗ

ΝΕΥΡΟΠΡΑΫΝΤΙΚΟΝ
ΑΜΕΣΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ΕΥΓΕΥΣΤΟΝ-ΕΥΛΗΠΤΟΝ

Η ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΛΕΞΙΣ ΤΩΝ ΒΡΩΜΙΟΥΧΩΝ

ΣΥΝΘΕΣΙΣ

Βρωμιοβορογλυκονικόν βρωμιασβέστιον άντιστοιχοῦν εἰς ἀσβέστιον (Ca) 2.504 γρ βρωμιον (Br) 5.080 γρ. Βόριον (B) 0.1837 γρ. Ἔκδοχα ὅσα ἀρκοῦν 100 κ. ἑ. Περιέχον τὸ Βρώμιον ὑπὸ μορφὴν ἀφομοιώσιμον καὶ διπλασίως ἀποτελεσματικώτερον ἰσοδυνάμου ποσότητος Βρωμιούχου Νατρίου

Τὸ CALBROMEN Δαμβέργη φέρεται εἰς φιαλίδια τῶν 100 κ. ἑ. ὑπὸ μορφὴν σιροπίου

Εἰς τὸ CALBROMEN ἡ νευροπραΰντικὴ δρᾶσις τοῦ βρωμίου καὶ τοῦ ἀσβεστίου ὑποβοηθεῖται ἀπὸ τὴν ἀντίστοιχον τοιαύτην τοῦ βορίου.

Χάρις εἰς τὸν ἀνωτέρω συνδυασμὸν εἶναι δυνατὴ ἡ χρησιμοποίησις μικροτέρων θεραπευτικῶν δόσεων, **ἀποφευγομένου τοῦ κινδύνου τοῦ βρωμισμοῦ.**

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Νευρασθενικαὶ καταστάσεις, σπασμοφιλία, τετανία, ἔμετοι τῶν ἐγκύων, χορεία ἐκλαμψία, κοκκύτης, βὴξ σπασμωδικός, λαρυγγόσπασμος, δερματοπάθειαι ἀλλεργικῆς φύσεως καὶ γενικώτερον ἀλλεργικαὶ καταστάσεις ὁρονασία κ.λ.π.

Τὸ CALBROMEN εἶναι κάλλιστα ἀνεκτὸν ὑπὸ παιδίων, γερόντων καὶ ἐξησθενημένων ἀτόμων

ΔΟΣΕΙΣ: Δι' ἐνηλίκους 1—2 κοχλιάρια τοῦ καφὲ τρὶς τῆς ἡμέρας μετὰ τὰ γεύματα Διὰ παιδία 1 κοχλιάριον τοῦ καφὲ τρὶς τῆς ἡμέρας μετὰ τὰ γεύματα

Ακ. Δαμβέργη

18. *Neuhauser, E. B. D., Wittenberg, MH and Dehlinger K.* Diastematomyelia ; transfixion of the spine. Radiology, 54, 659—664 1950.
19. *Jareho, S. and Levin. P. M.* Hereditary molformaiton of vertebral bodies. Bull. Johns Hopkins Hosp 625, 216—226 1938.
20. *Martischnig, E und Schmuttermeier, E.* Zu Frage der Erbgenese das Klippel—Feilsehen Syndrome—Wien. Klin. Wschr. 64, 35—36 Aug 1952, S. 722—4.
21. *Saunders, R. L.* Comdined anterior and posterior Spine Bifides in Living neonatal human female. Anat. Bee, 87, 255—278, 1943.
22. *Shoul, M. I. and Ritvo, U.* Clinical and Roentgenologie Manifestations of Klippel — Feil Syndrome—Report of Eight cases and Review of Literature. Am. J. Roentgenol, 68, 369—385, Sep. 1952.
23. *Steindler, A.* Postgraduate Lectures on Orthopedic and Indications. Vol. 1, Thomas, 1950.
24. *Thomson, J.* Case of Klippel—Feil Syndrom. Arch. of Childhooff, 12, 127—131, 1937.
25. *Godlewski Stan.* Les malformations congenitales de la charnière cranio—cervicale et leurs manifestations neurologiques. Revue du Rhumatisme et des maladies osteo-articulaires, No, 11, p, 770—78 Nov. 1955.

Maladie de Klippel—Feil

Par *C. Païssios*

Resumé

L'auteur decrit un cas de maladie de Klippel—Feil avec aplatissement de la base du crane, occipitalisation de la première vertebre cervicale, spina bifida anterieure et côte cervicale.

Klippel—Feil syndrome

Report of a rare case

By *K. N. Païssios*, M. D.

Summary

We report an extremety rare case of Klippel—Feil syndrome in a man of 21 years of age. In this case the coincidence of Klippel—Feil syndrome with platybasia, occipitalisation of the first cervical vertebra, left cervicalrid and anterior spina bifida (somatoschisis) account for its interesting rarity.

The coexistence of anterior spina bifida of the lower three cervical vertebrae supports the view expressed by Saunders that the Klippel—Feil syndrome is due to a double or longitudinally splitted notochord.

Ἐκ τῆς Β' Ὀρθοπεδικῆς Κλινικῆς τοῦ «Ἀσκληπιείου Βούλας» τοῦ «Ἐ. Ἐ. Σταυροῦ»
Διευθυντής : ὁ Καθηγητὴς Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ

Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΙΣ ΤΗΣ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΔΑΣΗΣ ΕΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥΣ ΥΔΡΑΡΘΡΟΥΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ (1)

Ὑπὸ

Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ
Διευθυντοῦ

Δρ. Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗ
Ἐπιμελητοῦ

Π. ΤΡΑΝΟΥ
Βοηθοῦ

Ὡδηγήθημεν εἰς τὴν σκέψιν τῆς ἐφαρμογῆς τῆς ὑαλουρονιδάσης ἐπὶ τῶν μετατραυματικῶν καὶ ἰδιοπαθῶν ὑδράρθρων τοῦ γόνατος, βασιζόμενοι εἰς τὰς ἐπὶ τῆς ἀνταλλαγῆς τῶν ὑγρῶν μεταξὺ τοῦ συνδετικοῦ ἱστοῦ καὶ τοῦ ἀγγειακοῦ συστήματος γνωστὰς ἐπιδράσεις τοῦ ἐνζύμου τούτου.

Ἡ πρώτη παρατήρησις, σχετικὴ πρὸς τὴν ὑαλουρονιδάσην, ἐγένετο τὸ 1928 ὑπὸ τῶν Duran—Reunals εἰς τὸ Ἰνστιτοῦτον Rockfeller τῆς Νέας Ὑόρκης κατὰ ἔνεσιν ἐκχυλίσματος ὄρχεων ταύρου εἰς τὸ δέρμα κονίκλου, ὅτε ἐπὶ ταυτοχρόνου ἐνέσεως διαλύμματος χρωστικῆς οὐσίας, αὕτη εἰσέδυε καὶ διεχέετο ταχύτερον ἐντὸς τῶν ἱστῶν παρ' ὅτι αὐτὴ ταύτη ἡ χρωστικὴ ἐπὶ μεμονωμένης ἐνέσεως. Τοῦτο ἀπέδωσαν εἰς παράγοντα ὀνομασθέντα συντελεστὴν διασπορᾶς (Spreading factor).

Οἱ Ghain καὶ Duthie ἀνεῦρον τὸ 1939 οὐσίαν διασπῶσαν τὸ ὑαλουρονικὸν ὀξὺ ἥτις εἶχε τὰς αὐτὰς πρὸς τὸν συντελεστὴν διασπορᾶς (spreading factor) ἰδιότητας, ὠνόμασαν δὲ τὴν οὐσίαν ταύτην, ὡς ἐκ τῆς δράσεώς της, ὑαλουρονιδάσην.

Οἱ Mayer καὶ Palmer προηγουμένως (1934) ἀπεμόνωσαν ἐκ τοῦ ὑαλοειδοῦς σώματος τοῦ ὀφθαλμοῦ βοὸς ὁμάδα βλενωδῶν οὐσιῶν, ἄτινας καὶ ἐκάλεσαν ὑαλουρονικὰ ὀξέα.

Τὰ ὀξέα ταῦτα εἶναι βλενώδεις πολυσακχαρῖδαι, ἀνευρίσκονται δὲ εἰς διαφόρους ἱστοὺς τοῦ ὀργανισμοῦ, αὐστηρῶς μεσοδερματικῆς προελεύσεως, προσδεδεμένα μετὰ πρωτεϊνῶν. Εἰς μεγάλην πυκνότητα ἀνευρίσκονται εἰς τὸ ὑαλοειδὲς σῶμα τοῦ ὀφθαλμοῦ, εἰς τὴν βαρθώνειον οὐσίαν τοῦ ὀμφαλίου λώρου, εἰς τὸν πηκτοειδῆ πυρῆνα τοῦ μεσοσπονδυλίου δίσκου καὶ εἰς τὸ ἀρθρικὸν ὑγρόν.

Ἡ ὑαλουρονιδάση ἀποτελεῖ ὁμάδα ἐνζύμων καὶ ἀνευρίσκεται εἰς διάφορα εἴδη βακτηριδίων, μαλακίων καὶ σπονδυλωτῶν. Ἑκάστη διαφόρου προελεύσεως ὑαλουρονιδάση ἐμφανίζει καὶ ὡρισμένας διαφορὰς δράσεως. Ἡ

(1) Πρόδρομος ἀνακοίνωσις.

εἰς τὰς διαφόρους μελέτας χρησιμοποιηθεῖσα ὑάλουρονιδάση λαμβάνεται ἐξ ὄρχεων ταύρου, τοιαύτης δὲ προελεύσεως εἶναι καὶ τὸ ὑφ' ἡμῶν χρησιμοποιηθὲν σκεύασμα ὑαλουρονιδάσης (1).

Ἡ ὑαλουρονιδάση ἀποπολυμερίζει τὸ ὑαλουρονικὸν ὀξὺ δι' ὑδρολυτικῆς διασπάσεως καὶ ὑποβιβάζει σημαντικῶς τὸ ἰξῶδες τῆς πηκτῆς τοῦ ὑαλουρονικοῦ ὀξέος, οὕτω δὲ διευκολύνεται ἡ ἀνταλλαγὴ τῶν ὑγρῶν μεταξὺ συνδετικοῦ ἱστοῦ καὶ ἀγγείων. Πλὴν τοῦ ὑαλουρονικοῦ ὀξέος, ἡ ὑαλουρονιδάση ἀποπολυμερίζει καὶ τὸ χονδροϊτινοθειϊκὸν ὀξύ. Ἀμφότερα τὰ ὀξέα ταῦτα ἀνευρίκονται ἐντὸς τοῦ ἐνδαρθρίου ὑγροῦ. Ἐπὶ τῆς ὡς ἄνω δράσεως τῆς ὑαλουρονιδάσης ἐστηρίχθημεν πρὸς χρησιμοποίησιν τοῦ ἐνζύμου τούτου ἐπὶ τῶν ὑδράρθρων τοῦ γόνατος διαφόρου αἰτιολογίας.

Ἐκ τῶν ὅσων ἀνωτέρω ἐξεθέσαμεν περὶ ὑαλουρονιδάσης, καθίσταται φανερόν, ὅτι, διὰ ταύτης δὲν δυνάμεθα νὰ ἀναμείνωμεν ἀναστολὴν τῆς παραγωγῆς τοῦ ἐνδαρθρίου ὑγροῦ, πιθανῶς ὅμως κατορθοῦται ἡ σχεδὸν πλήρης ἐκκένωσις τοῦ πλεονάζοντος ὑγροῦ, κατόπιν ἐκκενωτικῆς παρακεντήσεως καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐγχύσεως ὑαλουρονιδάσης.

Δυναιὸν ἡ παρουσία ηὐξημένης ποσότητος ἀρθρικοῦ ὑγροῦ νὰ δρᾷ ἐρεθιστικῶς πρὸς παραγωγὴν νέας ποσότητος. Δυνατὸν ἐπίσης ὁ αἰτιολογικὸς παράγων νὰ συνίσταται εἰς τὴν παρεμπόδισιν τῆς φυσιολογικῆς ἀπορροφήσεως τοῦ ἐνδαρθρίου ὑγροῦ.

Εἰς τὴν πρώτην περίπτωσιν διὰ τῶν παρακεντήσεων μόνον, δὲν δυνάμεθα νὰ ἐκκενώσωμεν ἀρκούντως τὴν ἄρθρωσιν. Τὴν ἀπορρόφησιν τῆς ὑπολοιπομένης ποσότητος διευκολύνομεν διὰ τῆς ἐγχύσεως ὑαλουρονιδάσης. Οὕτω δὲ πιθανῶς, ἐκ τῆς ἄρσεως τοῦ ἐρεθιστικοῦ παράγοντος (ηὐξημένος ὄγκος ἐνδαρθρίου ὑγροῦ) ἀναστέλλεται ἡ παραγωγὴ νέας ποσότητος.

Εἰς τὴν δευτέραν περίπτωσιν εἶναι εὐεξήγητος ἡ ἀγαθὴ δρᾶσις τῆς ὑαλουρονιδάσης ὡς ὑποβιβαζούσης τὸ ἰξῶδες τοῦ ἐνδαρθρίου ὑγροῦ καὶ διευκολυνούσης τὴν ἀνταλλαγὴν τῶν ὑγρῶν.

Τὰ ἐκ τῆς χορηγήσεως τῆς ὑαλουρονιδάσης ἐπὶ τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων κλινικὰ ἀποτελέσματα, ἐκρίθησαν ὑφ' ἡμῶν ἀρκούντως ἱκανοποιητικά. Συνήθως ἐγένοντο τρεῖς ἐγχύσεις ἑβδομαδιαίως τοῦ σκευάσματος τῶν 500 V.R.E. (2) ἐπὶ δύο ἑβδομάδας μετὰ ἢ ἄνευ ἐκκενωτικῆς παρακεντήσεως.

Ὡς πρὸς τὰ ἐπιτευχθέντα κλινικὰ ἀποτελέσματα βεβαίως δὲν δυνάμεθα νὰ ἐξαγάγωμεν ἀπόλυτα συμπεράσματα, ἐὰν ταῦτα ὀφείλονται καθ' ὁλοκληρίαν εἰς τὴν ὑαλουρονιδάσην ἢ καὶ εἰς τὰς ἐπανειλημμένας παρακεντήσεις.

Βιοχημικὸν ἔλεγχον, ὡς πρὸς τὸν βαθμὸν τοῦ ἰξώδους τοῦ ἐνδαρθρίου ὑγροῦ πρὸ καὶ μετὰ τὴν ἔγχυσιν ὑαλουρονιδάσης δὲν ἠδυνήθημεν νὰ ἐπιτελέσωμεν.

---

(1) «Luronase» εὐγενῶς προσφερθὲν ὑπὸ τοῦ οἴκου Bayer.

(2) V.R.E.=Μονὰς ὑποβιβασμοῦ ἰξώδους. Τιτλοποίησις οἴκου Bayer.

Ἡ ἔγχυσις τοῦ σκευάσματος ἐγένετο, ὡς συνήθως, κάτωθεν τῆς ἐπιγονατίδος ἢ εἰς τὸν ὑπερεπιγονατιδικὸν θύλακον, ὑπὸ συνθήκας σχολαστικῆς ἀσηψίας, διὰ τὸν κίνδυνον μολύνσεως τῆς ἀρθρώσεως.

Ἡ ὑλουρονιδάση χρησιμοποιεῖται ὡς γνωστὸν διὰ τὴν ἐπιτάχυνσιν τῆς ἀπορροφήσεως ὑποδορείως ἢ ἐνδομυϊκῶς χορηγουμένων διαλυμάτων (ὀρρὸς σακχαροῦχος ἢ ἁλατοῦχος, οὐδετέρων διαλυμάτων, πλάσματος κλπ.). Ἐπίσης διὰ τὴν ἀπορρόφησιν μετεγχειρητικῶν ἢ μετατραυματικῶν ἰδίᾳ τοῦ ἀγκῶνος, πρὸς πρόληψιν (ἐπὶ παίδων) τῆς ἐμφανίσεως ὀστεοποιοῦ μυΐτιδος αἱματωμάτων, αἱμάρθρων μετατραυματικῶν ἢ καὶ αἱμοφιλικῶν, νόσου τοῦ Volkmann, τοπικῶν οἰδημάτων κλπ. Ἐπὶ τοπικῆς ἀναισθησίας ἡ ταυτόχρονος χορήγησις τῆς ὑαλουρονιδάσης, ἐλαττώνει μὲν τὴν διάρκειαν τῆς ἀναισθησίας, αὐξάνει ὅμως κατ' ἔκτασιν καὶ βάθος τὴν δρᾶσιν τοῦ ἀναισθητικοῦ καὶ ἐπομένως περιορίζει τὸν ὄγκον τοῦ ἀναγκαιοῦντος διαλύματος αὐτοῦ.

ΗΜΕΤΕΡΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

1η περίπτωσις. Παπ. Κυρ. θῆλυ, ἐτῶν 23. Ἰσχιαρθροκάκη δεξιά, χειρουργηθεῖσα πρὸ τετραετίας. Ἤδη θεωρεῖται ὡς κλινικῶς ἰαθεῖσα. Ἀπὸ ἔτους παρουσιάζει ὕδραρθρον ἀριστεροῦ γόνατος μὴ ὑποχωροῦντος παρὰ τὰς ἐπανειλημμένας παρακεντήσεις. Ἀκτινογραφία γόνατος: οὐδὲν τὸ ἰδιαίτερον. Ἐξέτασις ἀρθρικοῦ ὑγροῦ ὡς καὶ ἐμβολιασμὸς εἰς πειραματόζωον ἀπέβησαν ἀρνητικαὶ διὰ φυματίωσιν. Ταχύτης καθιζήσεως ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων φυσιολογική. Κλινικῶς παρατηρεῖται σημαντικὸς ὕδραρθρος μετὰ περιορισμοῦ τῆς κάμψεως τοῦ πάσχοντος γόνατος. Εἰς τὴν ἀσθενῆ ἐγένοντο ἐν συνόλῳ 6 ἐγχύσεις ὑαλουρονιδάσης τῶν 500 V.R.E. πάντοτε μετὰ ἐκκενωτικὴν παρακέντησιν (20—30 c.c.). Μετὰ τὸ πέρας τῆς θεραπείας γόνυ «ξηρόν», κινήσεις κατὰ φύσιν. Μετὰ τετράμηνον ἐπανεξετασθεῖσα εὑρέθη κλινικῶς ἰαθεῖσα.

2α περίπτωσις. Καλερ. Στυλ. θῆλυ, ἐτῶν 48. Ἀναφέρει πρὸ 8μήνου διάστρεμμα ἀριστερᾶς κατὰ γόνυ ἀρθρώσεως, ἔκτοτε δὲ παρετήρησε διόγκωσιν τῆς ἀρθρώσεως, ἥτις καὶ ὀφείλεται εἰς συλλογὴν ὑγροῦ. Ἡ ἀσθενὴς παραπονεῖται δι' ἐλάττωσιν τῆς κάμψεως τοῦ γόνατος, ὡς καὶ «βάρος», μετ' ἄλγους κατὰ τὴν πάσχουσαν ἄρθρωσιν, ἀμφοτέρων προϋπαρχόντων τοῦ τραυματισμοῦ. Ἀκτινολογικῶς σημεῖα ἀρχομένης ἀρθροπαθείας (ἐκφυλιστικῆς). Κλινικῶς ὕδραρθρος. Εἰς τὴν ἀσθενῆ ἐγένοντο 6 ἐνδοαρθρικαὶ ἐγχύσεις ὑαλουρονιδάσης τῶν 500 V.R.E. παρ' ἡμέραν καὶ ἐναλλὰξ μετὰ 5 ἐγχύσεων διϋδροκορτιζόνης. Ἀμφότεραι αἱ ἐγχύσεις ἦπτοντο ἐκκενωτικῶν παρακεντήσεων (5—10 c.c.). Μετὰ 15θήμερον γόνυ «ξηρόν», ἡ ἀσθενὴς ἔπαυσεν αἰτιουμένη δι' ἄλγος. Μετὰ ἔτος ἐπανεξετασθεῖσα παραπονεῖται δι' ἐλαφρὸν νυγμῶδες ἄλγος. Γόνυ «ξηρόν».

3η περίπτωσις. Ἀνδρ. Γεωρ. θῆλυ, ἐτῶν 24. Ἀναφέρει, ὅτι ἀπὸ τριετίας παρουσιάζει ὕδραρθρον χαρακτηρισθέντα ὡς ἰδιοπαθῆ. Θεραπεία διὰ 3 ἐγχύσεων ὑαλουρονιδάσης τῶν 100 V.R.E. ὡς καὶ 5 τῶν 500 V.R.E. ἀπέβη ἄνευ ἀποτελέσματος.

4η περίπτωσις. Κωνστ. Γεωρ. Ὕδραρθρος ἀπὸ 8μήνου. Ἐμβολιασμὸς εἰς πειραματόζωον ἀρνητικὸς διὰ φυματίωσιν. Βιοψία ὁμοίως. Ἐγένοντο 5 ἐγχύσεις ἐνδοαρθρικῶς ὑαλουρονιδάσης τῶν 500 V. R. E. Μετὰ μῆνα γόνυ ἀνώδυνον «ξηρόν», παραμένει ἐλαφρὰ ἀτροφία τετρακεφάλου.

5η περίπτωσις. Παπαδ. Εὐρ. θῆλυ, ἐτῶν 32. Ἀπὸ 4μήνου μετὰ πτῶσιν, ἐπὶ τῶν γονάτων παρετήρησε ἐπὶ τῆς ἐπιγονατίδος διόγκωσιν κλυδάζουσαν μεγέθους μανδαρινίου. Ἐν συνεχείᾳ ἐγένοντο ἐπανειλημμέναι παρακεντήσεις, διὰ τῶν ὁποίων ἀφαιρεῖτο ποσότης 10—15 κ. ἑκμ. ἐξιδρωματικοῦ ὑγροῦ. Εἰς τὴν ἀσθενῆ ἐγένετο, μετὰ παρακέντησιν, ἔγχυσις ὑαλουρονιδάσης τῶν 100 V.R.E. εἰς τὸν σχηματισθέντα προ-ἐπιγονατιδικὸν θύλακον. Μετὰ τὴν τρίτην ἔνεσιν ἐξαφάνισις κλυδασμοῦ. Ἐπανεξετασθεῖσα μετὰ 5μηνον οὐδὲν κλινικὸν σημεῖον ἀπὸ τοῦ γόνατος παρετηρήθη.

6η περίπτωσις. Γερον. Γεωρ. θῆλυ, ἐτῶν 58. Ἀπὸ 3μήνου μετὰ πτῶσιν ἐπὶ τῶν γονάτων παρετήρησε διόγκωσιν κλυδάζουσαν ἐπὶ τῆς ἐπιγονατίδος. Τῆς ἐγένοντο 5 ἐγχύσεις ὑαλουρονιδάσης τῶν 100 V.R.E. ἄνευ ἀποτελέσματος.

7η περίπτωσις. Σαπ. Γεωρ. ἐτῶν 18. Μετατραυματικὸς ὕδραρθρος. Μετὰ τρεῖς ἐγχύσεις ὑαλουρονιδάσης τῶν 500 V.R.E. παρετηρήθη πλήρης ὑποχώρησις τοῦ ὑδράρθρου.

8η περίπτωσις. Παπ. Ἀθαν. ἐτῶν 22. Ὕδραρθρος ἀγνώστου αἰτιολογίας. Ἐπανειλημμέναι παρακεντήσεις εἰς οὐδὲν κατέληξαν. Ἐγένοντο 8 ἐγχύσεις (παρ' ἡμέραν μίαν) ὑαλουρονιδάσης. Ὁ ὕδραρθρος ἐξακολουθεῖ ὑφιστάμενος.

9η περίπτωσις. Εὐαγ. Νικ. Ὕδραρθρος γόνατος. Θεραπεία δι' ἓξ ἐγχύσεων ὑαλουρονιδάσης ἀπέβη ἄνευ ἀποτελέσματος.

10η περίπτωσις. Παπαγ. Νικ. Ὕδραρθρος γόνατος χαρακτηρισθεὶς ὡς ἰδιοπαθής. Ἐκκενωτικὴ παρακέντησις ἀπέδωσεν 70 κ.ἑ. ὑγροῦ. Ἐμβολιασμὸς εἰς κόνικλον ἀπέβη ἀρνητικὸς διὰ φυματίωσιν. Ἐγένοντο πέντε ἐγχύσεις τῶν 500 V.R.E. μετὰ ἐκκενωτικὴ παρακέντησιν (40 κ.ἑ., 60 κ.ἑ., 8 κ. ἑ., 2 κ.ἑ). Μετὰ τρίμηνον ἐπανεξετασθεὶς εὑρέθη ἔχων γόνυ «ξηρὸν» ἀνώδυνον.

11η περίπτωσις. Ματ. Μαρ. Θῆλυ 15 ἐτῶν. Ἀπὸ 5μήνου μετατραυματικὸς ὕδραρθρος μὴ ὑποχωρήσας εἰς ἐπανειλημμένας παρακεντήσεις. Τῆς ἐγένοντο 6 ἐγχύσεις ὑαλουρονιδάσης τῶν 500 V.R.E. Μετὰ τὸ τέλος της θεραπείας γόνυ «ξηρόν». Ἐπανεξετασθεῖσα τὴν 28)12)59 εὑρέθη κλινικῶς ἰαθεῖσα.

12η περίπτωσις. Χ. Ἰατρὸς—Ὀδοντίατρος. Ἀπὸ 12ετίας ὕδραρθρος

θεωρηθεὶς ὡς συφιλιδικός, μὴ ὑποχωρήσας εἰς διαφόρους θεραπείας καὶ ἐκκενωτικὰς παρακεντήσεις. Πρὸ ἔτους ἐγένοντο ἐν συνόλῳ 10 ἐγχύσεις ὑαλουρονιδάσης τῶν 500 V.R E μετὰ ἐκκενωτικὴν παρακέντησιν. Κατὰ τὴν πρώτην ἔγχυσιν παρὰ τὴν προσπάθειαν ἐκκενώσεως τῆς ὑπερπλήρους ἀρθρώσεως δὲν ἠδυνήθημεν νὰ ἐξαγάγωμεν εἰμὴ ἐλάχιστα κ. ἑκ. λόγῳ τοῦ ηὐξημένου ἰξώδους τοῦ ὑγροῦ. Κατὰ τὰς ἑπομένας παρακεντήσεις ἐξήχθησαν ἐκ τῆς ἀρθρώσεως 80 κ. ἑκ., 40 κ.ἑκ., 40 κ. ἑκ., 15 κ. ἑκ. καὶ τέλος ἐλάχιστα κ. ἑκ., ὁ δὲ ὄγκος τῆς ἀρθρώσεως διαρκῶς ἐσμικρύνετο, κλινικῶς δὲ παρετηρεῖτο ἐλάττωσις καὶ τέλος ἐξαφάνισις τοῦ ὑδράρθρου. Σημειωτέον ὅτι μεθ' ἑκάστην ἔγχυσιν τὸ ὑγρὸν τῆς ἀρθρώσεως ἐγένετο διαρκῶς καὶ πλέον λεπτόρρευστον. 'Ο ἀσθενὴς ἐπανεξετασθεὶς τελευταίως ἐθεωρήθη κλινικῶς ἰαθείς, τὸ δὲ γόνυ εὑρέθη «ξηρόν».

Συμπέρασμα. 'Εκ τῶν ὡς ἄνω ἀναφερθεισῶν 12 περιπτώσεων συνάγεται ὅτι ἡ ὑαλουρονιδάση ἐχρησιμοποιήθη μὲ λίαν καλὰ ἀποτελέσματα εἰς 2 περιπτώσεις μετατραυματικοῦ ὑδράρθρου, ἐξ ὧν εἰς τὴν μίαν ἐν συνδιασμῷ μετ' ἐγχύσεως διυδροκορτιζόνης. 'Εκ τῶν 8 περιπτώσεων ὑδράρθρων ἰδιοπαθῶν (ἀγνώστου αἰτιολογίας) εἰς τὰς 5 περιπτώσεις παρετηρήθη πλήρης ὑποχώρησις τοῦ ὑδράρθρου, εἰς δὲ τὰς ὑπολοίπους τρεῖς, ἡ θεραπεία παρέμεινεν ἄνευ ἀποτελέσματος.

'Επίσης ἐγχύσεις ὑαλουρονιδάσης ἐδοκιμάσθησαν ἐπὶ δύο περιπτώσεων μετατραυματικῶν προεπιγονατιδικῶν ὑγρωμάτων εἰς τὴν μίαν μὲ καλὸν ἀποτέλεσμα, εἰς δὲ τὴν ἑτέραν ἄνευ ἀποτελέσματος. 'Η τελευταία μετὰ τὴν ἀποτυχίαν τῆς θεραπείας ἐχειρουργήθη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Breu. W. Hyaluronidase. Wiener Medizinische Wochenschrift. Nummer 23, 7 Juni 1952

Chain E.,—E S. Duthie. «A mucolytic enzyme in testis extracts», Nature 174, 977 (1939).

Chain, E —E. S. Duthie «The identity of hyaluronidase and the spreading factor», Brit. J. exper. Path 21, 234 (1940).

Dammann F. «Verbesserung der Infiltrations-und Leitungsanaesthesie durch Zusatz von Hyaluronidase», Die Medizinische 1952, 22.

Delaunay, A. G. Voisin. «Les hyaluranidases et leurs propriétés biologiques», Presse méd. 1950, 20.

Duran F.—Reunals. «The effect of extracts of certain organs from normal and immunised animals on the infecting power of vaccine virus», J exper. Med. 50, 327 (1929).

Macausland W.—Gartland J.—Hallock H. The use of hyaluronidase in orthopetic surgery. J.B.J.S. Vol. 35A 1953 No 5 p.604—609.
Meyer K. H.—J. Fellig. «La constitution de l'acide hyaluronique».
Meyer K.—J. W. Palmer. «The polysaccharide of the vitrenhes humor», J. biol. Chem 107, 629 (1938)
H. W. Pässler. «Erfahrungen mit hyaluronidase».
Seifter - Baedes -Begany. Influense of hyaluronidase and steroids on permeability of synovial membran. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 72 : 277—282, 1947.

De la deuxième Clinique Chirurgicale Orthopédique
de l'Hopital «Asclepiion» Voulas, de la Croix Rouge Hellenique
Chirurgien chef: Professeur TH. GAROFALIDES

L'hyaluronidase dans le traitement de l'hydarthrose idiopathique et traumatique du genou

Par

Th. Garofalidés
Chirurgien chef

Dr *Ven. Sourmelis*
Chef de Clinique

P. Tranos
Interne

Resumé

Les auteurs ont utilisé dans 12 cas l'hyaluronidase en injection intra articulaire, apres evacuation du liquide. Le resultat de ce traitement était assez satisfaisant.

Dans 12 cas post - traumatique du genou d'hydarthrose le resultat était trés bon. Dans 8 cas d' hydarthrose idiopathique le resultat était trés bon dans 5 cas, dans les trois cas restant le traitemant était inefficace.

L' hyaluronidase était utilisé dans deux cas d' hygroma pro-rotulien post-traumatique. Dans l' un de ces cas le resultat était trés bon, dans l' autre inefficace.

From the Second Orthopedic Clinic at «Asclepiion» Voulas
of the Hellenic Red Cross
Director: Professor TH. GAROFALIDES

The hyaluronidase in the treatmant of the idiopathic and post-traumatic hydarthrosis of the knee

By

Th. Garofdlides
Director of the Clinic

Dr Ven. Sourmelis and *P. Tranos*

S u m m a r y

The authors have used the hyaluronidase in intra-articular injection after evacuation of the excess articulare liquid in 12 cases. The results have been quite satisfactory.

In 2 cases of post-traumatic hydrarthrosis of the knee the result was very good.

Out of 8 cases of idiopathic hydarthrosis the results have been very good in 5 of them. In the rest 3 there were no results.

The injections of hyaloronidase have been used in 2 cases of hygroma propatelar.

In the first one the results were very good, but the second had no results.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Συνεδρία 7 Φεβρουαρίου 1956

Κατ' αὐτὴν ἐξελέγη νέον προεδρεῖον ἀπαρτισθὲν ἐκ τῶν κ. κ. Χατζηγεωργίου Ἀλεξάνδρου ὡς προέδρου, Ἀντωνοπούλου Πάνου ὡς ἀντιπροέδρου, Μιχαλάτου Γερασίμου ὡς γενικοῦ γραμματέως, Παναγιωτοπούλου Γεωργίου ὡς εἰδικοῦ γραμματέως, Χρυσανθάκη Χρυσάνθου ὡς ταμίου.

Ἐγένοντο αἱ κάτωθι ἐπιδείξεις :

1. Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ. **«Ἐπίδειξις ἀκτινογραφιῶν δύο χειρουργηθεισῶν περιπτώσεων ἐχινοκόκκου κύστεως σπονδυλικῆς στήλης».**

Καὶ αἱ δύο περιπτώσεις ἀφοροῦν εἰς τὴν ὀσφυοϊερὰν μοῖραν τῆς Σ. Σ. Εἰς τὴν μίαν τῶν περιπτώσεων ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις δὲν ἐπεβεβαίωσεν, ἀλλὰ οὐδὲ καὶ ἀπέκλεισε τὴν ὕπαρξιν τῆς νόσου. Ἐπὶ τῆς ἑτέρας περιπτώσεως κατὰ τὴν ἐγχείρησιν ἀνευρέθησαν κύστεις ἐχινοκόκκου, ἐπιβεβαιωθείσης τῆς διαγνώσεως καὶ δι' ἱστολογικῆς ἐξετάσεως. Ἡ περίπτωσις αὕτη ὑπεδύετο τὴν μορφὴν τῆς φυματιώδους σπονδυλίτιδος μετὰ πολλαπλῶν ψυχρῶν ἀποστημάτων, πλειστάκις παρακεντηθέντων. Ἐπὶ πλέον ἐπαρουσίαζεν ἱππουριδικὸν σύνδρομον. Ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν ἔθετεν ἐξ ἀρχῆς τὴν ὑπόνοιαν ἐχινοκόκκου ταινίας τῆς ὀσφυοϊερᾶς μοίρας τῆς σπονδυλικῆς στήλης.

2. Β. ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ. **«Πυκνωτικὴ ὀστεῖτις λαγονίου. Ἐπ' εὐκαιρίᾳ δύο περιπτώσεων».**

Ἐπίδειξις ἀκτινογραφιῶν δύο ἀσθενῶν πασχουσῶν ἐκ Π.Ο.Λ. τῆς μιᾶς ἐγγάμου ἡλικίας 35 ἐτῶν τεκούσης τρίς, τῆς ἑτέρας ἀγάμου ἡλικίας 26 ἐτῶν. Ὁ κ. Σ. ἐπέδειξεν ἀκτινογραφίαν (τῆς πρώτης τῶν περιπτώσεων) ληφθείσης διὰ μεθόδου ἰδίας ἐπινοήσεως καὶ διὰ τῆς ὁποίας ἀποδεικνύεται σαφέστατα ὅτι ἡ «πυκνωτικὴ ὀστεῖτις» ἀφορᾷ μόνον εἰς τὸ λαγόνιον ὀστοῦν. (Συζήτησις κ. κ. Γαροφαλίδης-Κάτσαρης-Καραμπαρμπούνης-Λιβαθυνόπουλος).

3. ΜΙΧΑΗΛ Ι.—ΜΑΤΣΟΥΚΑΣ Ι. **Περίπτωσις φαιοῦ ὄγκου τοῦ ἀριστεροῦ βραχιονίου. Μεγάλη διόγκωσις τῆς κάτω ἐπιφύσεως. Θεραπεία δι' ἀκτινοβολιῶν ἄνευ θετικοῦ ἀποτελέσματος. Πλήρης ἀποκατάστασις τῆς κινητικότητος αὐτοῦ κατόπιν ἀρθροπλαστικῆς.**

Ἐπίδειξις τῆς ἀσθενοῦς καὶ 4 ἀκτινογραφιῶν (2 πρὸ καὶ 2 μετὰ τὴν ἐγχείρησιν). Παρουσιάζομεν τὴν περίπτωσιν τῆς νεαρᾶς μας ἀσθενοῦς Κ. Χρυσούλας, ἐτῶν 15, ἥτις προσεβλήθη ὑπὸ φαιοῦ ὄγκου κατὰ τὴν ἄνοιξιν τοῦ 1953. Εἰσήχθη εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν τὸν Σεπτέμβριον τοῦ ἰδίου ἔτους, ὁπότε διεπιστώθη ἐπὶ τῆς ἀκτινογραφίας «φαιὸς ὄγκος» περιλαμβάνων ὁλόκληρον τὴν κάτω ἐπίφυσιν τοῦ βραχιονίου. Ἡ κινητικότης τοῦ ἀγκῶνος ἦτο ὀλίγων μόνον μοιρῶν. Γενομένης βιοψίας ἐπεβεβαιώθη ἡ κλινικὴ διάγνωσις φαιοῦ ὄγκου. Ἡ ἀσθενής, ἥτις παρακολουθεῖται μέχρι σήμερον ὑφ' ἡμῶν, ὑπεβλήθη εἰς τρεῖς σειρὰς ἀκτινοβολιῶν, ἄνευ ἐμφανοῦς ἐπιδράσεως αὐτῶν ἐπὶ τοῦ ὄγκου. Παρὰ τὴν ἀκτινοθεραπείαν, ὁ ὄγκος ἐξηκολούθησε νὰ αὐξάνῃ προκαλέσας τελείαν ἀγκύλωσιν τοῦ ἀγκῶνος. Προέβημεν εἰς τὴν ὁλικὴν ἐξαί-

ρεσιν τῆς ἐπιφύσεως μετὰ τοῦ ὄγκου καὶ ἐχρησιμοποιήσαμεν ὡς ἀρθρικὴν ἐπιφάνειαν τὸ κάτω τριτημόριον τῆς διαφύσεως τοῦ βραχιονίου, ἀφοῦ ἐπενεδύσαμεν τοῦτο καταλλήλως διὰ τῆς ἀρθρικῆς κάψης. Ἡ κινητικότης τοῦ ἀγκῶνος ἀπὸ μηδὲν εἶναι σήμερον πλήρης, μὲ μικρᾶς εὐρύτητος πλαγίας κινήσεις καὶ ἐλαφρὰν ὑπερέκτασιν. Πρὸς κατάργησιν ἢ περιορισμὸν τῆς ἀνωμάλου ταύτης κινητικότητος ἡ ἀσθενὴς θὰ φορέσῃ μηνάνημα Β.Π.Κ. Ἐπροτιμήσαμεν τὸν ἁπλούστατον τοῦτον τρόπον ἀρθροπλαστικῆς, διότι φρονοῦμεν, ὅτι εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ἡ χρησιμοποίησις ξένων σωμάτων ἀντενδείκνυται. Ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὴν ἐξέλιξιν τοῦ γιγαντοκυτταρικοῦ ὄγκου, οὗτος τείνει νὰ ἐπεκταθῇ πρὸς τὴν ἄνω ἐπίφυσιν. Εἰς πρότασίν μας περὶ νέας σειρᾶς ἀκτινοβολιῶν, οἱ ἀκτινοθεραπευταὶ ἐδήλωσαν εἰς τὴν νεαρὰν ἀσθενῆ ὅτι θὰ πρέπῃ νὰ ὑποβληθῇ εἰς ἀπεξάρθρωσιν ὁλοκλήρου τοῦ ἄνω ἄκρου. Ζητοῦμεν τὴν γνώμην ἑνὸς ἑκάστου ἐξ ὑμῶν ἐπὶ τοῦ λεπτοῦ τούτου θέματος, τοσοῦτον μᾶλλον ἐφ' ὅσον οὔτε κλινικῶς οὔτε ἱστολογικῶς στοιχεῖα κακοήθους ἐξαλλαγῆς ἀνευρέθησαν.

Συζήτησις :

Ἔλαβον μέρος εἰς τὴν ἐπακολουθήσασαν συζήτησιν οἱ κ. κ. Γαροφαλίδης, Χατζηγεωργίου, Κάτσαρης, Λιβαθυνόπουλος, Καραμπαρμούτης, Ἀντωνόπουλος καὶ Χατζηδάκης, ὑποστηρίξαντες τὸ παράτολμον τῆς ἀπεξαρθρώσεως τοῦ ἄνω ἄκρου, ἐφ' ὅσον δὲν ὑπάρχουν στοιχεῖα κακοήθους ἐξαλλαγῆς. Ὁ κ. Μιχαὴλ λαβὼν τελικῶς τὸν λόγον ηὐχαρίστησε τοὺς συναδέλφους του τοσοῦτον μᾶλλον καθ' ὅσον ἡ γνώμη των συνέπιπτε μὲ τὰς προσωπικάς του ἀπόψεις.

Σημείωσις :

Ἡ ἀσθενὴς εἰσήχθη ἐκ νέου εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν καὶ ὑπεβλήθη εἰς νέαν ἐπέμβασιν : Ἀπόξεσις τῆς κοιλότητος τῆς διαφύσεως (τῆς ὁποίας τὰ ξέσματα ἀπεστάλησαν διὰ νέαν βιοψίαν) καὶ πλήρωσις ταύτης διὰ μικρῶν ἀστικῶν αὐτομοσχευμάτων.

4. Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ. «Ὑγειονομικὴ καὶ νοσοκομειακὴ ὀργάνωσις ἐν Αὐστραλίᾳ».

Κατὰ τὸ παρελθὸν θέρος μοῦ ἐδόθη ἡ εὐκαιρία νὰ ἐπισκεφθῶ τὴν Αὐστραλία. Ἡ γνωριμία μου μὲ τὰ Νοσοκομεῖα τοῦ Σίδνεϋ καὶ τῆς Μελβούρνης καὶ αἱ συζητήσεις μὲ ἰδιώτας καὶ ἰατρούς, ὡς καὶ ἡ μελέτη ἄλλων στοιχείων μοῦ ἐπέτρεψαν νὰ σχηματίσω τὴν ἐντύπωσιν ὅτι τὸ ἐν Αὐστραλίᾳ ἐφαρμοζόμενον σύστημα Κοινωνικῆς Ἰατρικῆς εἶναι ἄριστον. Μὲ τὴν ἐλπίδα ὅτι αἱ ἐντυπώσεις μου αὗται θέλουν κινήσει τὸ ἐνδιαφέρον τῶν μελῶν τῆς ἑταιρείας, ἔκρινα σκόπιμον νὰ σᾶς τὰς γνωρίσω.

Ἡ Αὐστραλία εἶναι ἡ μικροτέρα ἤπειρος καὶ ἡ μεγαλυτέρα νῆσος τοῦ

κόσμου. Ἀποτελεῖται ἀπὸ 2.974.581 τετραγωνικὰ μίλλια, ἐκ τῶν ὁποίων τὰ 1.149.920 εὑρίσκονται εἰς τὴν τροπικὴν ζώνην. Πρὸς σύγκρισιν προσθέτω ὅτι ἡ Αὐστραλία ἰσοδυναμεῖ εἰς ἔκτασιν μὲ τὴν Εὐρώπην σὺν μιᾷ Γαλλίᾳ. Ὁ πληθυσμός της ἀνήρχετο εἰς 8.824.000 κατὰ τὴν ἀπογραφὴν τοῦ Ἰουνίου 1953. Ἀπὸ ἀπόψεως πυκνότητος εἶναι ἡ πλέον ἀραιοκατῳκημένη χώρα. Κατὰ τετραγωνικὸν μίλλιον ἀντιστοιχοῦν 2,1 ἄτομα. Πρὸς σύγκρισιν παραθέτω τοὺς ἀριθμοὺς πυκνότητος πληθυσμῶν ἄλλων χωρῶν :

Εὐρώπη	205,3	ἄτομα	κατὰ	μ.²
Ὁλλανδία	766,4	»	»	»
Βέλγιον	731,3	»	»	»
Ἀγγλία	534,6	»	»	»
U.S.A.	49,4	»	»	»
Καναδᾶς	3,7	»	»	»

Ὑπολογίζουν ὅτι ὁ πληθυσμὸς δύναται ἀνέτως νὰ αὐξηθῇ εἰς 25 ἑκατομμύρια. Τὸ ἐπίπεδον ὑγείας τοῦ αὐστραλιακοῦ λαοῦ εὑρίσκεται ὑψηλὰ καὶ συνεχῶς βελτιοῦται χάρις εἰς τὰ μέτρα κοινωνικῆς ὑγιεινῆς τὰ λαμβανόμενα ἐκ μέρους τῆς Κεντρικῆς Ὁμοσπονδιακῆς Κυβερνήσεως καὶ τῶν 6 πολιτειῶν.

Ὁ μέσος ὅρος ζωῆς τῶν Αὐστραλῶν πρὸ 60 ἐτῶν ἦτο τὸ 47ον ἔτος ἡλικίας διὰ τοὺς ἄνδρας καὶ τὸ 51ον διὰ τὰς γυναῖκας, σήμερον εἶναι τὸ 66ον καὶ 71ον ἀντιστοίχως.

Ἡ θνησιμότης τῶν κάτω τῶν 12 μηνῶν βρεφῶν πρὸ 50 ἐτῶν ἦτο 100 ἐπὶ 1000 γεννήσεων καὶ σήμερον εἶναι 24. Τὸ ποσοστὸν αὐτὸ κατατάσσει τὴν Αὐστραλίαν εἰς τὴν πρωτοπορίαν τῶν χωρῶν τῶν ἐχουσῶν τὴν μικροτέραν παιδικὴν θνησιμότητα.

Ἡ ἀσφάλισις τῶν πολιτῶν εἶναι ὑποχρεωτική, τὰ δὲ ἀσφάλιστρα πληρώνονται ὑπὸ τοῦ ἐργοδότου. Ἑκάστη πολιτεία ἔχει ἴδιον σύστημα ὀργανώσεως ἰατρικῆς ἀντιλήψεως, συντονιζόμενον ὅμως μὲ τὸ πρόγραμμα τῆς κεντρικῆς Ὁμοσπονδιακῆς Κυβερνήσεως. Οὕτω τὰ ὑπὸ τῶν Κυβερνήσεων ἐλεγχόμενα δημόσια ὑγιεινομικὰ Ἱδρύματα ἀνέρχονται εἰς 660. Εἰς 800 δὲ ἀνέρχονται τὰ ἰδιωτικά.

Τὸ κυβερνητικὸν πρόγραμμα εἶναι ἡ δημιουργία βασικῶν Νοσοκομείων εἰς τὰς μεγάλας πόλεις τῶν Πολιτειῶν δεδομένου ὅμως τῶν τεραστίων ἐκτάσεων ποὺ χωρίζουν τὰς πόλεις, αἱ ἀνάγκαι οὐδέποτε πληροῦνται. Πρὸς ἀντιμετώπιν τοῦ προβλήματος αὐτοῦ ὑφίσταται ἡ λεγομένη ἱπταμένη ὑπηρεσία ἰατρῶν, ὀδοντιάτρων, νοσοκόμων καὶ παιδοκόμων, ἀκόμη δὲ καὶ κτηνιάτρων, σκοπὸς τῆς ὁποίας εἶναι ἡ τακτική, καὶ ἔκτακτος ἐπίσκεψις τῶν διαφόρων ἀπομεμακρυσμένων περιοχῶν.

Ἡ κατὰ τῆς φυματιώσεως πολιτικὴ τῆς Ὁμοσπονδιακῆς Αὐστραλιανῆς Κυβερνήσεως ἀσκεῖται διὰ χωριστῆς ὑπηρεσίας, εἰς τὴν ὁποίαν ὑπάγον·

ται δύο ἰνστιτοῦτα φυματιώσεως, τὰ Σανατόρια, καὶ τὰ τμήματα φυματιώσεως τῶν γενικῶν Νοσοκομείων.

Ἡ ἀκτινογράφησις τοῦ θώρακος ἐν Αὐστραλίᾳ γίνεται δωρεὰν εἰς εἰδικὰ κέντρα. Διὰ δὲ τοὺς ξένους καὶ τοὺς μετανάστας ἡ ἀκτινογράφησις εἶναι ὑποχρεωτική, παρὰ τὰς λεπτομερεῖς ἐξετάσεις καὶ ἀκτινογραφίας, ποὺ ἔχουν ὑποστῆ πρὸ τῆς μεταβάσεώς των. Ἡ παράλειψις τοῦ καθήκοντος αὐτοῦ τιμωρεῖται διὰ προστίμου ἢ ἀκόμη καὶ στερήσεως τοῦ δικαιώματος παραμονῆς εἰς τὴν χώραν.

Οἱ πάσχοντες ἐκ φυματιώσεως λαμβάνουν ἐπίδομα καθ' ὅλον τὸ διάστημα τῆς ἀσθενείας των καὶ ἐφ' ὅσον ἀκολουθοῦν τὴν καθορισθεῖσαν θεραπείαν των.

Ἡ πρὸς τὴν παιδικὴν ἡλικίαν φροντὶς ἐκδηλοῦται ποικιλοτρόπως. Μόνον εἰς τὴν πολιτείαν τῆς Νέας Νοτίου Οὐαλλίας, ὅπου καὶ ἡ πόλις τοῦ Sydney, λειτουργοῦν 260 κέντρα βρεφικῆς ἡλικίας καὶ ὅπου αἱ μητέρες δύνανται νὰ λαμβάνουν συμβουλὰς καὶ διαιτητικὰς κατευθύνσεις. Δὶς κατὰ τὸ σχολικὸν ἔτος ἐνεργεῖται λεπτομερὴς ἰατρικὴ ἐξέτασις τῶν μαθητῶν. Εἰς ὅλους δὲ τοὺς μαθητὰς κάτω τῶν 13 ἐτῶν χορηγεῖται ἥμισυ κιλὸν γάλακτος καθ' ἑκάστην σχολικὴν ἡμέραν.

'Επιτρέψατέ μου ἐκ τῶν Νοσοκομείων ποὺ ἐγνώρισα νὰ σᾶς ὁμιλήσω διὰ τὸ Βασιλίσσης 'Αλεξάνδρας Νοσοκομεῖον Παίδων τοῦ Sydney (Royal Alexandra Hospital for Children). Τὸ Νοσοκομεῖον αὐτὸ εἶναι ἀντιπροσωπευτικὸν τοῦ κρατοῦντος ἐν Αὐστραλίᾳ πνεύματος προστασίας τῆς παιδικῆς ἡλικίας.

'Εδημιουργήθη τῷ 1879 μὲ δύναμιν 40 κλινῶν. "Εκτοτε καθ' ἕκαστον ἔτος αὐξάνει καὶ βελτιοῦται. Τῷ 1901 λαμβάνει τὸν τίτλον Royal ὡς ὑψηλὴν διάκρισιν. Σήμερον ἔχει δύναμιν 560 κλινῶν. Τὸ Νοσοκομεῖον ὡς σύνολον διαθέτει ἐκτὸς τοῦ κεντρικοῦ κτιρίου καὶ πλεῖστα ἄλλα περίπτερα, ἐντὸς τοῦ αὐτοῦ περιβόλου, καὶ ἐπὶ πλέον θαυμάσιον κτίριον ἰδιωτικῶν ἀσθενῶν τὸ καλούμενον Wave House δυνάμεως 70 κλινῶν. Τὸ τμῆμα αὐτὸ εἶναι τελείως ἀνεξάρτητον ἀπὸ ἀπόψεως μέσων περιθάλψεως. 'Αρκεῖ νὰ σᾶς εἴπω ὅτι διαθέτει τρεῖς αἰθούσας χειρουργείου καὶ ἰδίους βοηθητικοὺς χώρους.

Εἰς τὸ τμῆμο αὐτὸ κυρίως, ὅπως καὶ εἰς μερικὰς ἄλλας αἰθούσας, ἰδιαιτέραν ἐντύπωσιν μοῦ ἔκανε ὅτι οἱ τοῖχοι τῶν διαδρόμων καὶ τῶν αἰθουσῶν ὡς καὶ τῆς αἰθούσης ἀναισθησίας εἶναι ζωγραφισμένοι ἀπὸ δημοφιλῆ Αὐστραλὸν ζωγράφον μὲ παραστάσεις ληφθείσας ἀπὸ παιδικὰς ἱστορίας. Διὰ τοῦ τρόπου αὐτοῦ πιστεύουν, καὶ νομίζω δικαίως, ὅτι ἀφαιροῦν τὴν ψυχρὰν σοβαρότητα, ποὺ ἀντιμετωπίζει τις εἰσερχόμενος καὶ κυκλοφορῶν εἰς ἕνα Νοσοκομεῖον. Εἰδικῶς οἱ μικροὶ νοσηλευόμενοι εἶναι ἐνθουσιασμένοι, συναντῶντες εἰς τὶς ζωγραφισμένες παραστάσεις τοὺς ἀγαπητούς των ἥρωας τῶν παιδικῶν ἀναγνωσμάτων.

Θὰ ἦτο εὐχῆς ἔργον ν' ἀντιμετωπισθῇ τὸ ψυχολογικὸν αὐτὸ θέμα καὶ διὰ ἰδικά μας παιδικὰ τμήματα.

Τὸ Βασιλίσσης Ἀλεξάνδρας Νοσοκομεῖον διαθέτει ἐπίσης δύο ἀναρρωτήρια, τὸ ἓν παραθαλάσσιον (εἰς Collaroy) διὰ γενικὰς παθήσεις καὶ τὸ ἕτερον εἰς τὴν ἐξοχὴν (εἰς Wahroonga) διὰ τὴν θεραπείαν τῶν μεταπολιομυελιτικῶν καταστάσεων. Ἐπίσης διαθέτει ἐξωτερικὰ ἰατρεῖα εἰς κεντρικὸν σημεῖον τοῦ Sydney, δεδομένου ὅτι τὸ Νοσοκομεῖον εὑρίσκεται εἰς προάστιον.

Εἰς τὸ κεντρικὸν Νοσοκομεῖον λειτουργοῦν ὅλα τὰ τμήματα ἤτοι : Παθολογικὸν—Χειρουργικὸν—Ὀρθοπεδικὸν— Δερματολογικὸν—Ὀφθαλμολογικὸν — Οὐρολογικὸν — Φυματιολογικὸν — Νευρολογικὸν — Ψυχιατρικόν. Τμῆμα Φυσιοθεραπείας, ἀποκαταστάσεως ὁμιλίας, λοιμωδῶν νοσημάτων.

Πρὸς ἐκτίμησιν τῆς κινήσεως σᾶς δίδω τοὺς κάτωθι ἀριθμοὺς ἀφορῶντας εἰς τὸ τμῆμα Φυσιοθεραπείας. Κατὰ τὸ ἔτος 1951—52 ἐπὶ 1.576 παιδιῶν ἐγένοντο 11.355 συνεδρίαι θεραπείας καὶ κατὰ τὸ ἔτος 1952—53 ἐπὶ 2.489 παιδιῶν ἐγένοντο 18.330 συνεδρίαι.

Εἰς τὸ αὐτὸ Νοσοκομεῖον στεγάζεται καὶ λειτουργεῖ Ἰνστιτοῦτον Παιδικῆς ἡλικίας, ὅπερ μὲ ἐπὶ κεφαλῆς τὸν καθηγητὴν Lorimer Dods ἀσχολεῖται μὲ τὴν διδασκαλίαν τῶν φοιτητῶν, τὴν εἰδίκευσιν τῶν ἰατρῶν καὶ τὴν ἐπιστημονικὴν ἔρευναν.

Μερικὰ ἀπὸ τὰ θέματα, ποὺ ἀπησχόλησαν τὸ Ἰνστιτοῦτον τελευταίως, εἶναι ἡ προφύλαξις καὶ ἔγκαιρος διάγνωσις τῶν ὀξέων ρευματισμῶν ἐπὶ τῶν παίδων, ἡ φυματίωσις κατὰ τὴν παιδικὴν ἡλικίαν. Νῦν δὲ ἀσχολοῦνται μὲ τὴν κοινωνικὴν παιδιατρικὴν καὶ τὴν ἔρευναν ἐπὶ τῶν ἀτυχημάτων τῆς προσχολικῆς ἡλικίας.

Εἰς τὸ Νοσοκομεῖον αὐτὸ εἶδα τὰ θαυμασίως λειτουργοῦντα Διαιτητικὰ μαγειρεῖα διὰ παιδιά. Τὰ πάντα παρασκευάζονται ὑπὸ εἰδικευμένων ἀδελφῶν, ἀπὸ τῶν ποικίλων διαλύσεων τοῦ γάλακτος τῶν βρεφῶν μέχρι τῶν εἰδικῶν διαιτῶν διὰ παιδιά. Παρασκευάζουν 7.000 γεύματα ἑβδομαδιαίως, ἡ ὅλη δὲ ἐργασία πλυσίματος, ἀποστειρώσεως σκευῶν γίνεται δι' αὐτομάτων μηχανῶν. Τὸ τμῆμα αὐτὸ εἶναι θαυμάσιον καὶ δικαίως τὸ Νοσοκομεῖον εἶναι ὑπερήφανον.

Κατὰ τὰ ἔτη 1950—52 ἐνέσκηψε εἰς τὴν Πολιτείαν τῆς Νέας Νοτίου Οὐαλλίας ἐπιδημία πολιομυελίτιδος. Εἰς τὸ Νοσοκομεῖον ἐδημιούργησαν τμήματα θεραπείας καὶ ἀποκαταστάσεως τῶν προσβληθέντων παίδων.

Οἱ εἰσαχθέντες μικροὶ ἀσθενεῖς ἀνῆλθον εἰς

241	κατὰ	τὸ	ἔτος	1950—51
101	»	»	»	1951—52
82	»	»	»	1952—53

Αἱ ὀξεῖαι περιπτώσεις εἰσάγονται εἰς ἓν εἰδικὸν τμῆμα λοιμωδῶν, ὅπου ἡ νοσηλεία γίνεται ὑπὸ αὐστηροὺς κανόνας ἀσηψίας. Μετὰ 3 ἑβδομάδας ὁ

μικρὸς ἀσθενὴς μεταφέρεται εἰς τὴν μὴ λοιμώδη πτέρυγα. Εἰς τὸ τμῆμα αὐτὸ ὁ ὀρθοπεδικὸς συνεργαζόμενος μετὰ τοῦ παιδιάτρου προβαίνουν εἰς τὸν ἔλεγχον τῶν προσβεβλημένων μυῶν, καὶ ὑπὸ τὰς ὁδηγίας του ἄρχεται ἡ προσπάθεια ἀποκαταστάσεως.

Εἰς τὸ τμῆμα αὐτὸ κατ' ἀρχὴν μικρὸν διάστημα παραμένει ὁ ἀσθενής, κατευθύνεται ἐν συνεχείᾳ ἀναλόγως τῆς εἰδικῆς περιπτώσεώς του, εἴτε εἰς τὰ προαναφερθέντα ἀναρρωτήρια πρὸς ἐξακολούθησιν τῆς φυσιοθεραπείας εἴτε πρὸς τὴν ὀρθοπεδικὴν κλινικήν, ἂν ἔχῃ ἀνάγκην ἐπεμβάσεώς τινος.

'Ελαφρότεραι περιπτώσεις ἐπιστρέφουν οἶκοι χωρὶς ὅμως αὐτὸ νὰ παρακωλύῃ τὴν ἐξακολούθησιν τῆς θεραπείας. Εἰδικὴ ὑπηρεσία παραλαμβάνει δι' αὐτοκινήτου τὰ παιδιὰ ἀπὸ τὴν κατοικίαν των, τὰ μεταφέρει εἰς τὸ Νοσοκομεῖον πρὸς θεραπείαν καὶ τὰ ἐπαναφέρει 2 ἢ 3 φορὰς τὴν ἑβδομάδα.

Τὸ Βασιλίσσης 'Αλεξάνδρας Νοσοκομεῖον Παίδων τοῦ Sydney ἀπὸ τοῦ 1925 περιλαμβάνεται εἰς τὸν κατάλογον τῶν «παραδεδεγμένων» (Fully Standarized Hospital) Νοσοκομείων τὸν τηρούμενον ὑπὸ τοῦ 'Αμερικανικοῦ Κολλεγίου χειρουργῶν. Διὰ νὰ γίνῃ «παραδεκτὸν» ἵδρυμά τι δέον νὰ πληροῖ τοὺς ἑξῆς 5 ὅρους :

1. Τελείαν ὀργάνωσιν.
2. Τέλεια θεραπευτικὰ καὶ διαγνωστικὰ μέσα, ἤτοι ἐργαστήρια βιοχημικά, παθολογανατομικά, ἀκτινοδιαγνωστικά, ἀκτινοθεραπευτικὰ κλπ.
3. 'Εκπαιδευμένον προσωπικόν.
4. Πλῆρες ἰατρικὸν καὶ βιβλιογραφικὸν ἀρχεῖον.
5. Διδασκαλία—'Ερευνα.

Πράγματι τὸ Νοσοκομεῖον αὐτὸ εἶναι ὑπόδειγμα ὀργανώσεως. Διαθέτει τέλεια καὶ παντὸς εἴδους ἐργαστήρια, διαγνωστικὰ μέσα, καὶ εἰς ἀριθμὸν ἐπαρκῆ (1).

'Έχει ἐκπαιδευμένον προσωπικὸν χάρις εἰς τὴν ἐν αὐτῷ λειτουργοῦσαν σχολὴν ἀδελφῶν καὶ τὰ ἐτήσια φροντιστήρια διὰ ἰατρούς, φυσιοθεραπευτάς, ναρκωτάς, ἀποκαταστάσεως ὁμιλίας κλπ.

'Έχει πλῆρες καὶ προσιτὸν ἀρχεῖον ἱστορικῶν καὶ λοιπῶν στοιχείων τῶν ἀσθενῶν. Γίνεται παρακολούθησις καὶ δελτοποίησις τῆς παγκοσμίου βιβλιογραφίας ὑπὸ εἰδικευμένου μὴ ἰατρικοῦ προσωπικοῦ.

Διὰ τοῦ 'Ινστιτούτου παιδικῆς ἡλικίας, ποὺ σᾶς ἀνέφερα, γίνεται διδασκαλία καὶ ἔρευνα. 'Εκτὸς αὐτῶν λαμβάνουν χώραν τρὶς τῆς ἑβδομάδος ἐπιστημονικαὶ συγκεντρώσεις διὰ παθολόγους, χειρουργοὺς καὶ νευρολόγους καὶ ἅπαξ τοῦ μηνὸς διὰ αἱματολογικὰ θέματα.

---

(1) 'Αρκεῖ ν' ἀναφέρω ὅτι διαθέτει 7 αἰθούσας χειρουργείου καὶ 4 ἀκτινολογικὰ μηχανήματα.

Κατ' ἔτος ἀπονέμονται βραβεῖα συγγραφῆς ἐπιστημονικῶν θεμάτων εἰς ἰατροὺς ὡς καὶ καλῆς ἐπιδόσεως ἐργασίας διὰ τὸ προσωπικόν.

Ἡ ἀρίστη λειτουργία τοῦ Νοσοκομείου αὐτοῦ ἐπιτυγχάνεται διὰ τοῦ εὐαρίθμου καὶ καλῶς ἀμοιβομένου προσωπικοῦ, ὅπερ ἀνέρχεται εἰς 90 ἰατροὺς καὶ 933 διοικητικὸν καὶ νοσηλευτικὸν προσωπικόν.

Οὐδεμία φειδὼ γίνεται διὰ τὴν βελτίωσιν τῶν κτιριακῶν καὶ ἐπιστημονικῶν ἐγκαταστάσεων καὶ κατ' ἔτος νέαι προσθῆκαι λαμβάνουν χώραν.

Πρὸς ἐκτίμησιν αὐτῶν σᾶς ἀναφέρω ὅτι ὁ προϋπολογισμὸς τοῦ Νοσοκομείου διὰ τὸ ἔτος 1953—54 ἀνῆλθε εἰς 2.685.761 λίρας Αὐστραλίας ἤτοι εἰς 16.150. 000 σημερινὰς δραχμὰς περίπου. Ἐκ τοῦ ποσοῦ αὐτοῦ τὰ 66% διετέθησαν διὰ τὴν μισθοδοσίαν προσωπικοῦ.

Τὸ ἐτήσιον κόστος κατὰ κλίνην καὶ κατ' ἔτος ἀνέρχεται ὡς εἰς τὸν πίνακα ἐμφαίνεται :

1948—49	533	Λίραι	32.000	δρχ.	ἡμερησίως	87 δρχ.
1949—50	629	»	37.000	»	»	100 »
1950—51	760	»	47.000	»	»	130 »
1951—52	1030	»	61.000	»	»	150 »
1952—53	1136	»	68.000	»	»	160 »

Αἱ τιμαὶ αὗται εἶναι ἐνδεικτικαὶ τοῦ ὑψηλοῦ ἐπιπέδου νοσηλευτικῆς ὀργανώσεως τοῦ κρατοῦντος ἐν Αὐστραλίᾳ.

Εἰς προσεχῆ ὁμιλίαν μου θὰ μοῦ ἐπιτρέψητε νὰ σᾶς ἐκθέσω παρατηρήσεις τινὰς ἐπὶ τῆς Ὀρθοπεδικῆς ἐν Αὐστραλίᾳ.

5. ΧΡΥΣΑΝΘΟΥ ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗ. **«Κατάγματα σπονδύλων εἰς παιδία ἀπότοκα τετανικῶν σπασμῶν».**

Εἰς τὸ Ἀσκληπιεῖον Λέρου κατὰ τὰ τελευταῖα δύο ἔτη εἰσήχθησαν πρὸς θεραπείαν μὲ τὴν διάγνωσιν τῆς φυματιώδους σπονδυλίτιδος δύο παιδία, ἕνα θῆλυ ἡλικίας 13 ἐτῶν (εἴσοδος τὴν 21)3)53) καὶ ἓν ἄρρεν ἡλικίας 13 ἐτῶν (εἴσοδος 24)4)55), τὰ ὁποῖα παρουσίαζον πολλαπλᾶ κατάγματα σπονδυλικῶν σωμάτων τῆς θωρακικῆς μοίρας τῆς Σ. Σ. ἐκ συμπιέσεως τούτων κατὰ τὴν διάρκειαν τετανικῶν σπασμῶν. Ἡ πρώτη περίπτωσις ἐκ τούτων ἀνεκοινώθη διὰ τῶν Ε.Χ.Α.Β. (τεῦχος 1ον, 1954) καὶ ὑπῆρξεν ἡ πρώτη ἐν Ἑλλάδι ἀνακοινωθεῖσα τοιαύτη περίπτωσις. Ἀμφότεροι οἱ πάσχοντες κατὰ τὴν εἴσοδόν των εἰς τὸ Νοσοκομεῖον παρουσίαζον ὁμαλὴν κύφωσιν τῆς θωρακικῆς μοίρας τῆς Σ.Σ. καὶ ἐλάχιστα ἀλγεινὰ ἐνοχλήματα. Ἡ γενικὴ των κατάστασις ἦτο ἀρίστη. Ἡ καθίζησις τῶν ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων ἦτο ἐντὸς τῶν φυσιολογικῶν ὁρίων καὶ ἡ Μαντοὺ εἰς μίαν ἐκ τῶν περιπτώσεων τούτων ἀρνητική. Ἱστορικὸν φυματιώσεως εἰς οὐδεμίαν τῶν περιπτώσεων τούτων ὑφίστατο. Εἰς τὴν μίαν περίπτωσιν ἀνεφέρετο βαρὺς τέτανος ἓν καὶ

ἥμισυ ἔτος πρὸ τῆς εἰσόδου της εἰς τὸ 'Ασκληπιεῖον κατόπιν τραυματισμοῦ εἰς τὸν πόδα καὶ εἰς τὴν ἄλλην περίπτωσιν ἐπίσης βαρὺς τέτανος τρεῖς μῆνας πρὸ τῆς εἰσόδου της κατόπιν τραύματος εἰς τὸ πρόσωπον. Ἡ κύφωσις καὶ τὰ ἀλγεινὰ ἐνοχλήματα παρετηρήθησαν βραχὺν χρονικὸν διάστημα μετὰ τὴν ἀποθεραπείαν τοῦ τετάνου. Εἰς τὴν πρώτην περίπτωσιν ἡ συμπίεσις ἀφεώρα τοὺς $Θ^4$, $Θ^5$, $Θ^6$, $Θ^7$, (ἰδίως τοὺς $Θ^5$, $Θ^6$,) καὶ εἰς τὴν δευτέραν περίπτωσιν τοὺς $Θ^4$, $Θ^5$, $Θ^6$, $Θ^7$, $Θ^8$, (ἰδίως τοὺς $Θ^5$, $Θ^6$, $Θ^7$. Γενικῶς τὰ κλινικά, ἐργαστηριακὰ καὶ ἀκτινολογικὰ εὑρήματα ἀπέκλεισαν τὴν φυματιώδη σπονδυλίτιδα καὶ τὴν ὀστεοχονδρίτιδα τῆς Σ.Σ.

Μετὰ παραμονὴν δύο ἕως τριῶν (2—3) μηνῶν ἐπὶ σκληρᾶς κλίνης ἠγέρθησαν τῇ βοηθείᾳ διορθωτικοῦ στηθοδέσμου καὶ ὑπεβλήθησαν εἰς θεραπευτικὴν γυμναστικήν. Ἡ πρώτη περίπτωσις τρία ἔτη περίπου μετὰ τὴν ἔναρξιν τῆς ἀνωτέρω θεραπείας δι' οὐδὲν ἐνόχλημα παραπονεῖται καὶ παρουσιάζει ἱκανοποιητικὴν τὴν ἀνάπτυξιν τῶν συμπιεσθέντων σπονδυλικῶν σωμάτων, ἡ δὲ δευτέρα περίπτωσις ἓν ἔτος περίπου μετὰ τὴν ἔναρξιν τῆς θεραπείας οὐδὲν ἐνόχλημα παρουσιάζει, ἐνῷ ἡ κύφωσις ὑπεχώρησε σημαντικῶς καὶ οἱ σπόνδυλοι ἀρχίζουν νὰ ἀναπλάσσωνται.

Εἰς τὴν βιβλιογραφίαν ὀλίγαι ἀνακοινώσεις ἐπὶ τοῦ θέματος τούτου ἀνευρίσκονται. Ὁ Costanzo (1949) ἀνεῦρε μόνον 100 περιπτώσεις ἀνακοινωθείσας εἰς ὅλον τὸν κόσμον, ὡς δὲ ἀναφέρει ὁ Quinlan μόνον τρεῖς ἀνακοινώσεις εἰς ὁλόκληρον τὴν εἰς ἀγγλικὴν γλῶσσαν βιβλιογραφίαν ἀνεῦρε μέχρι τοῦ 1954 (Roberg 1937, Rand 1938, Dietrich 1940). Προσθέτομεν μίαν εἰσέτι περίπτωσιν ἀνακοινωθεῖσαν ὑπὸ τοῦ Robertson πρὸ 6μήνου. Κατὰ τοὺς H. F. Dietrich, R. G. Karshner καὶ S. F. Stewart (1940) ὅμως ἡ ἐπιπλοκὴ αὕτη εἶναι λίαν συχνὴ εἰς παιδία προσβληθέντα ὑπὸ τετάνου. Οὗτοι περισυνέλεξαν 13 περιπτώσεις ἀτόμων προσβληθέντων ὑπὸ τετάνου κατὰ τὴν παιδικήν των ἡλικίαν καὶ διεπίστωσαν κατόπιν ἀκτινολογικοῦ ἐλέγχου τοιαῦτα κατάγματα εἰς 9 ἐκ τούτων (ἤτοι εἰς 70%). Ὁ τύπος τῶν καταγμάτων ἦτο γενικῶς ὁ ἐκ συμπιέσεως καὶ εἰς οὐδεμίαν τῶν περιπτώσεων παρετηρήθη γραμμὴ κατάγματος. Μόνον εἰς δύο ἐκ τῶν 9 περιπτώσεων τοῦ Dietrich καὶ τῶν συνεργατῶν του ἡ συμπίεσις ἀφεώρα ἓν σπονδυλικὸν σῶμα, εἰς τὰς ἄλλας περιπτώσεις ἐπῆλθον τοιαῦται βλάβαι εἰς περισσοτέρους σπονδύλους καὶ συγκεκριμένως εἰς δύο σώματα εἰς μίαν περίπτωσιν, εἰς τρία εἰς δύο περιπτώσεις, εἰς τέσσαρα ἐπίσης εἰς δύο περιπτώσεις, εἰς πέντε εἰς μίαν καὶ εἰς ἓξ εἰς μίαν ἐπίσης. Εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις, πλὴν μιᾶς, συμμετεῖχεν ὁ 5ος θωρακικὸς καὶ μόνον εἰς δύο δὲν συμμετεῖχεν ὁ 6ος θωρακικός. Ἡ συχνότης βλάβης τῶν ἄλλων σπονδύλων ἠκολούθη τὴν ἑξῆς σειράν, $Θ^7$, $Θ^8$, $Θ^4$, $Θ^9$. Ὅλοι οἱ ἐρευνηταὶ συμφωνοῦν, ὅτι οἱ συχνότερον συμπιεζόμενοι σπόνδυλοι εἶναι οἱ $Θ^5$ καὶ $Θ^6$. Εἰς τὴν πρώτην ἐκ τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων παρουσιάζουν βλάβας 4 θωρακικοὶ σπόν-

ΙΛΦΟΡΝΤ

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΑ ΦΙΛΜ

ὅλων τῶν διαστάσεων

ἐξαιρετικῆς εὐαισθησίας

•

ΕΜΦΑΝΙΣΕΙΣ & ΣΤΕΡΕΩΣΕΙΣ

•

ΚΑΣΣΕΤΕΣ, ΕΝΙΣΧΥΤΙΚΑΙ ΠΙΝΑΚΙΔΕΣ, ΠΟΔΙΕΣ,
ΓΑΝΤΙΑ, ΠΛΑΙΣΙΑ, ΚΑΔΟΙ & ΟΛΑ ΤΑ ΕΦΟΔΙΑ

■

HANOVIA

ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡΙΩΔΩΝ & ΥΠΕΡΥΘΡΩΝ ΑΚΤΙΝΩΝ

"SOLLUX LAMP"

"ULTRA VIOLET RAY LAMP"

•

ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΑ ΔΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κ. ΚΑΤΣΑΡΗΣ

Πλατεῖα Ἁγίου Γεωργίου Καρύτση 3, Τηλ. 22-787

ΑΘΗΝΑΙ

ΣΟΛΟΜΟΣ

Πρώτη τὸ 1873
Πρώτη σήμερα

★ JUNIOR
RITER

Ἄλλο ἕνα προϊὸν τῆς

Remington

ΚΟΡΑΗ 5-ΤΗΛ. 22.687-33.210

ΣΟΛΟΜΟΣ

δυλοι καὶ εἰς τὴν δευτέραν Ὁ, ἀλλὰ εἰς ἀμφοτέρας συμμετέχουν οἱ Θ^5 καὶ Θ^6, παρουσιάζοντες μάλιστα τὰς μεγαλυτέρας βλάβας.

Ὅταν ἡ συμπίεσις τῶν σπονδύλων εἶναι μικρά, αὕτη ἀφορᾷ κυρίως εἰς τὸ πρόσθιον τμῆμα τοῦ σώματος, ὅταν ὅμως εἶναι μεγάλη ἀφορᾷ εἰς ὁλόκληρον τὸ σῶμα, τὸ ὁποῖον παρουσιάζεται εἰς τὰς ἐκ τοῦ πλαγίου ἀκτινογραφίας σφηνοειδὲς μὲ τὴν βάσιν τῆς σφηνὸς πρὸς τὰ ὀπίσω. Εἰς περιπτώσεις τινὰς σοβαρᾶς συμπιέσεως ἡ σκιὰ τῶν προσβληθέντων σπονδυλικῶν σωμάτων καθίσταται ἐντονωτέρα εἰς τὰς ἀκτινογραφίας, ὡς σαφῶς διαπιστοῦται καὶ εἰς μίαν ἐκ τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων. Τὰ μεσοσπονδύλια διαστήματα συνήθως παραμένουν ἀμετάβλητα καὶ αἱ ἐπιφάνειαι τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων εὐθεῖαι καὶ ὁμαλαί, ἐκτὸς σοβαρῶς προσβληθέντων σπονδύλων τινῶν, οἱ ὁποῖοι δύνανται νὰ παρουσιάζουν κοίλανσιν τῶν ἐπιφανειῶν των εἰς τὴν ἐκ τοῦ πλαγίου ἀκτινογραφίαν ἢ μικρὰν ἀνωμαλίαν τούτων. Τὸ ὕψος τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων εἰς ἀρκετὰς περιπτώσεις ὑπολείπεται καὶ τοῦ ἡμίσεος ἀκόμη τοῦ κανονικοῦ, ὡς συμβαίνει εἰς τοὺς περισσοτέρους σπονδύλους τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων, ἀλλὰ αἱ λοιπαὶ διαστάσεις τούτων παραμένουν ἀμετάβλητοι. Οὐδεμία ἐπίσης μεταβολὴ διαπιστοῦται εἰς τὰ τόξα καὶ τὰ τρήματα τῶν σπονδύλων. Εἰς οὐδεμίαν περίπτωσιν παρετηρήθη ἀραίωσις τῆς σκιᾶς τῶν σπονδύλων, ἀλλ' ἀντιθέτως, ὡς ἀνωτέρω ἀνεφέρθη, εἰς σοβαράς τινας περιπτώσεις διεπιστώθη ἐντονωτέρα ἡ σκιὰ τῶν πασχόντων σπονδυλικῶν σωμάτων.

Κύφωσις εἰς ὀλίγας περιπτώσεις παρετηρήθη, ὅταν οἱ προσβληθέντες σπόνδυλοι ἦσαν πολλοὶ καὶ ἡ προσβολή των σοβαρά, ἐνῷ εἰς τὰς περισσοτέρας τῶν περιπτώσεων παρατηρεῖται ἐπιπέδωσις τῆς μοίρας αὐτῆς τῆς Σ.Σ. Καὶ εἰς τὰς δύο ἡμετέρας περιπτώσεις ὑφίστατο σαφὴς κύφωσις.

Ὑποκειμενικὰ συμπτώματα, ὡς ὁ ἐλαφρὸς πόνος καὶ ἡ κόπωσις, ἀναφέρονται ὡς συχνὰ ἐνοχλήματα ὑπὸ τῶν πλείστων συγγραφέων, ἀλλὰ ὁ Dietrich καὶ οἱ συνεργάται του δὲν παρετήρησαν τοιαῦτα ἐνοχλήματα εἰς τὰς περιπτώσεις των. Ἡ διαφορὰ αὕτη ὀφείλεται κυρίως εἰς τὸν διάφορον τρόπον ἐρεύνης, διότι ὁ Dietrich καὶ οἱ συνεργάται του ἀνεζήτησαν τὰς περιπτώσεις των μεταξὺ τῶν προσβληθέντων ὑπὸ τετάνου, ἐνῷ εἰς τὰς περισσοτέρας περιπτώσεις τῶν ἄλλων, οἱ ἀσθενεῖς προσῆλθον παραπονούμενοι διὰ συμπτώματα κοπώσεως ἢ πόνου, ἢ διὰ παραμόρφωσιν τῆς Σ.Σ., ὡς συνέβη καὶ εἰς ἀμφοτέρας τὰς ἡμετέρας περιπτώσεις.

Διάγνωσις. Αὕτη βασίζεται κυρίως ἐπὶ τοῦ ἱστορικοῦ τοῦ πάσχοντος, καὶ τῶν ἀναφερθέντων κλινικῶν καὶ ἰδίως ἀκτινολογικῶν εὑρημάτων. Ζήτημα διαφορικῆς διαγνώσεως ἐνίοτε ὑφίσταται ἀπὸ τῆς παιδικῆς ὀστεοχονδρίτιδος τῆς Σ. Σ., τῆς φυματιώδους σπονδυλίτιδος καὶ τῶν καταγμάτων τῆς θωρακικῆς μοίρας τῆς Σ.Σ.

Διαφορικὴ διάγνωσις. 1) ***Παιδικὴ ὀστεοχονδρῖτις τῆς Σ. Σ.***

(Νόσος Calvé). Παρουσιάζεται εἰς μικρὰ παιδιὰ (συνήθως ἡλικίας 5—10 ἐτῶν) καὶ οἱ πάσχοντες σπόνδυλοι, εἷς συνήθως ἢ δύο σπανιώτερον, ἑδράζονται εἰς τὸ κατώτερον ἥμισυ τῆς θωρακικῆς μοίρας τῆς Σ.Σ. (Συνήθως εἶναι ὁ $Θ^{3}$ καὶ $Θ^{9}$), ἐνῶ τὰ μετατετανικὰ κατάγματα ἀφοροῦν συνήθως εἰς τὸν $Θ^{5}$ καὶ $Θ^{6}$. Εἰς τὴν ὀστεοχονδρίτιδα τὰ σώματα τῶν πασχόντων σπονδύλων εἶναι συνήθως πυκνωτικὰ καὶ περισσότερον λεπτά, ἐνίοτε γραμμοειδῆ, καὶ οἱ μεσοσπονδύλιοι δίσκοι εὐρεῖς. Κατὰ τὸ στάδιον τῆς ἀποκαταστάσεως παρατηρεῖται ἀνάπλασις τοῦ σώματος, τὸ ὁποῖον συνεχῶς κερδίζει εἰς ὕψος.

2) ***Φυματιώδης σπονδυλῖτις.*** Παρατηροῦνται διαβρώσεις τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων, ἀνωμαλίαι τῶν ἐπιφανειῶν τούτων, στένωσις μέχρι ἐξαφανίσεως τῶν μεσοσπονδυλίων δίσκων, παρασπονδυλικὰ ἀποστήματα ἢ ἀποτιτανώσεις ἐπὶ παλαιῶν τοιούτων, ὀξὺς ὕβος. Εἰς τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν ἀσφαλῶς θὰ μᾶς βοηθήσουν ἡ καθίζησις τῶν ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων, ἡ δερματοαντίδρασις, τὸ ἱστορικὸν καὶ τυχὸν ἄλλαι ἐντοπίσεις. Ἀμφότεραι αἱ ἡμέτεραι περιπτώσεις προσῆλθον εἰς τὸ Ἀσκληπιεῖον Λέρου μὲ τὴν διάγνωσιν σπονδυλίτιδος. Θεωροῦμεν σκόπιμον νὰ τονίσωμεν τοῦτο ἰδιαιτέρως, διότι ἡ συμπίεσις τῶν σπονδύλων ἔχει ἀγαθωτάτην πρόγνωσιν καὶ ἁπλῆν θεραπείαν, ἐνῷ μὲ τὴν διάγνωσιν τῆς σπονδυλίτιδος τὸ παιδίον θὰ ὑποβληθῇ εἰς μακροχρόνιον κατάκλισιν καὶ θεραπείαν ἢ καὶ χειρουργικὴν ἐπέμβασιν ἀναμένοντες ματαίως τὴν συμπλησίασιν τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων.

Κατάγματα τῆς Σ.Σ. Εἰς τοὺς ἐνήλικας δύναται νὰ ἐπέλθῃ κάταγμα τῆς Σ.Σ. συνεπείᾳ τετανικῶν σπασμῶν, ἐνῶ εἰς τὰ παιδία συμβαίνει κατὰ κανόνα συμπίεσις τῶν σπονδύλων. Εἰς παλαιὰ κατάγματα παρατηροῦνται ὀστεόφυτα καὶ στένωσις τῶν μεσοσπονδυλίων δίσκων. Τὸ κάταγμα δὲν ἀφορᾷ συνήθως εἰς πολλοὺς σπονδύλους. Τὸ ἱστορικὸν ἐνέχει βασικὴν σημασίαν.

Θεωροῦμεν σκόπιμον νὰ ἀναφέρωμεν καί τινας ἄλλας παθήσεις τῆς Σ. Σ. δυναμένας νὰ δημιουργήσουν ζήτημα διαφορικῆς διαγνώσεως, ὡς εἶναι ἡ τυφοειδὴς σπονδυλῖτις, ἡ ὀστεομυελῖτις, οἱ ὄγκοι τῶν σπονδύλων, ἡ ὀστεοχονδρῖτις τῶν ἐφήβων, ἡ ὀστεοχονδροδυστροφία, ἡ μικροσπονδυλία, ἡ πλατυσπονδυλία κ.ἄ. Ὁ διαχωρισμὸς τούτων ἀπὸ τὰς μετατετανικὰς συμπιέσεις δὲν παρουσιάζει μεγάλην δυσκολίαν.

Αἰτιολογία. Τὸ παράδοξον εἰς τὴν ἐπιπλοκὴν ταύτην τοῦ τετάνου εἶναι, ὅτι οἱ σπασμοὶ τοῦ τετάνου προκαλοῦν ὀπισθότονον καὶ ἑπομένως ὑπερέκτασιν τῆς Σ.Σ., ἐνῷ τὰ κατάγματα ἐκ συμπιέσεως τῶν σωμάτων τῆς Σ. Σ. πρέπει νὰ συμβαίνουν ἐπὶ ἰσχυρᾶς συγκάμψεως τῆς Σ. Σ. Αἱ ἀκόλουθοι θεωρίαι διευπώθησαν πρὸς αἰτιολογίαν τῆς παθήσεως ταύτης.

1) ***Ἡ τοξικὴ θεωρία,*** κατὰ τὴν ὁποίαν ἡ τετανικὴ τοξίνη ἐπιδρᾷ ἀμέσως ἐπὶ τῶν σπονδύλων, προκαλεῖ ἀραίωσιν τούτων καὶ ἑπομένως ἐλάττωσιν τῆς ἀντιστάσεώς των, ὅτε διὰ τῶν σπασμῶν προκαλεῖται συμπίεσις. Ἡ θεωρία αὕτη δὲν εὐσταθεῖ.

2) ***Ἡ ἀγγειακὴ θεωρία,*** κατὰ τὴν ὁποίαν συνεπείᾳ τῶν σπασμῶν προκαλεῖται συμπίεσις τῶν ἀγγείων μὲ ἀποτέλεσμα κατ' ἄλλους τὴν παθητικὴν ὑπεραιμίαν καὶ κατ' ἄλλους τὴν ἰσχαιμίαν τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων (Brunzel 1919). Καὶ ἡ θεωρία αὕτη δὲν μᾶς ἱκανοποιεῖ.

3) ***Ἡ ὕπαρξις*** μορφῆς τετάνου προκαλοῦντος σπασμὸν κυρίως τῶν καμπτήρων μυῶν. Ὁ Ribo (1946) ἀνέφερε τοιαύτην περίπτωσιν μὲ κατάγματα.

4) ***Αἱ μηχανικαὶ θεωρίαι.*** Κατὰ τὸν Dietrich καὶ τοὺς συνεργάτας του (1940) αἱ συσπάσεις τῶν μυῶν κατὰ τὸν τέτανον ἔχουν μίαν συνισταμένην δύναμιν, ἡ ὁποία ἐπιφέρει κατακύρυφον συμπίεσιν τῆς Σ.Σ. τείνουσα οὕτω νὰ αὐξήσῃ τὰς ὑφισταμένας καμπύλας τῆς Σ.Σ., διότι ὁλόκληρον τὸ ἱερονωτιαῖον μυϊκὸν σύστημα συσπώμενον ἀποτελεῖ ἑνιαίαν μυϊκὴν μᾶζαν, μὲ σημεῖα ἐφαρμογῆς τῆς ἐνεργούσης δυνάμεως τὰ δύο τέρματα τῆς μυϊκῆς ταύτης μάζης, ἤτοι τὴν ἰνιοαυχενικὴν χώραν καὶ τὴν πύελον. Οὕτω παρατηρεῖται ὑπερέκτασις τῆς ὀσφυϊκῆς καὶ αὐχενικῆς μοίρας τῆς Σ.Σ., ἐξ οὗ καὶ ὁ ὀπισθότονος, καὶ κάμψις τῆς θωρακικῆς μοίρας, ἐξ οὗ καὶ τὰ ἐκ συμπιέσεως κατάγματα. Ἐκ τῆς ἐπαναλήψεως τῶν σπασμῶν ἡ δύναμις αὕτη ἐνεργεῖ κατ' ἐπανάληψιν, ὡς τὰ πλήγματα μιᾶς σφύρας, ἐξ οὗ καὶ τὰ πολλαπλᾶ κατάγματα.

Κατὰ τὸν Roberg (1937) οἱ ἐκτείνοντες μύες εἶναι ἀσθενέστεροι εἰς τὴν θωρακικὴν μοῖραν, ἐνῷ ἀντιθέτως οἱ καμπτῆρες λειτουργοῦν χρησιμοποιοῦντες ὡς μοχλοὺς τὰς πλευρὰς πολλαπλασιάζοντες οὕτω τὴν ἰσχύν των.

Ὁ συνδυασμὸς τῶν δύο αὐτῶν μηχανικῶν θεωριῶν δίδει ἱκανοποιητικὴν ἐξήγησιν.

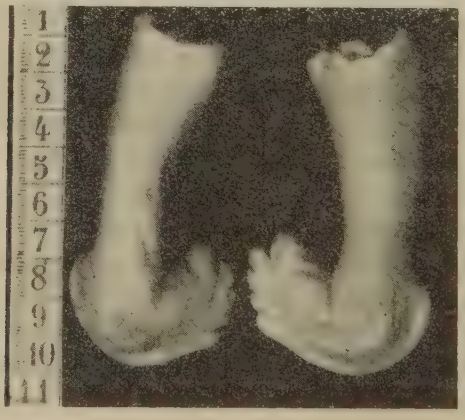
Πρόγνωσις. Γενικῶς εἶναι ἀγαθή. Μὲ τὴν κατάλληλον θεραπείαν συνήθως ὑποχωροῦν τὰ τυχὸν ἐνοχλήματα καὶ ἡ κύφωσις. Ἡ πρώτη ἐκ τῶν δύο περιπτώσεων παρακολουθεῖται ἀπὸ τριετίας καὶ ἡ δευτέρα ἀπὸ ἔτους περίπου. Εἰς τὴν πρώτην περίπτωσιν παρατηρεῖται σημαντικὴ ἀποκατάστασις τῶν συμπιεσθέντων σπονδύλων καὶ ἐξαφάνισις τῆς κυφώσεως. Εἰς τὴν δευτέραν περίπτωσιν παρατηρεῖται σημαντικὴ ἐλάττωσις τῆς κυφώσεως, ἔναρξις ἀναπλάσεως τῶν συμπιεσθέντων σωμάτων καὶ ἰδίως ἐξαφάνισις τῶν ἀνωμαλιῶν τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων καὶ τῆς πυκνώσεως τούτων. Ἐλπίζομεν μὲ τὴν πάροδον τοῦ χρόνου καὶ τὴν συνέχισιν τῆς θεραπείας νὰ ἀναπλασθοῦν οἱ πάσχοντες σπόνδυλοι καὶ τῆς δευτέρας περιπτώσεως καὶ νὰ ὑποχωρήσῃ πλήρως ἡ κύφωσις. Τοιαύτη ἐξέλιξις τῆς παθήσεως ταύτης δὲν περιγράφεται εἰς τὰς σχετικὰς ἀνακοινώσεις τῶν ἄλλων ἐρευνητῶν τὰς προσιτὰς εἰς ἡμᾶς. Ἀντιθέτως, ἡ παρατήρησις τοῦ Dietrich καὶ τῶν συνεργατῶν του, ὅτι εἰς 70% τῶν περιπτώσεων, αἱ ὁποῖαι κατὰ τὸ παρελθὸν προσεβλήθησαν ὑπὸ τετάνου, παρουσίασαν τοιαῦτα κατάγματα εἶναι ἀντίθετος ἐκ πρώτης ὄψεως πρὸς τὴν ὑφ' ἡμῶν παρατηρηθεῖσαν ἀποκατάστασιν τῶν

σπονδυλικῶν σωμάτων, διότι, ἐφ' ὅσον τὰ ὑποστάντα καθίζησιν σπονδυλικὰ σώματα ἀποκαθίστανται, οὐδεμία ἢ ἐλαχίστη ἀλλοίωσις θὰ ἔπρεπε νὰ παρατηρῆται μὲ τὴν πάροδον τῶν ἐτῶν. Ἡ ἐξήγησις εὑρίσκεται μᾶλλον εἰς τὴν ἐφαρμοσθεῖσαν θεραπείαν, δηλαδὴ εἰς μὲν τὰς περιπτώσεις τὰς ἀναφερομένας ὑπὸ τοῦ Dietrich οἱ ἀσθενεῖς εἰς οὐδεμίαν θεραπείαν εἶχον ὑποβληθῆ, ἐνῷ εἰς τὰς ἡμετέρας περιπτώσεις οὗτοι ὑπεβλήθησαν εἰς τὴν κατάλληλον θεραπείαν, ἡ ὁποία ὑπεβοήθησε σημαντικῶς εἰς τὴν ἀνάπλασιν τῶν σπονδυλικῶν σωμάτων. Προσεπαθήσαμεν νὰ ἀνεύρωμεν περιπτώσεις ἀτόμων προσβληθέντων κατὰ τὴν παιδικὴν ἡλικίαν ὑπὸ τετάνου καὶ νὰ ἐλέγξωμεν τὴν Σ. Σ. ἀκτινολογικῶς. Ἀνεύρομεν 4 τοιαύτας περιπτώσεις, αἱ ὁποῖαι οὐδεμίαν ὅμως σημαντικὴν ἀλλοίωσιν τῶν σποδύλων παρουσιάζουν.

Θεραπεία. Συνιστᾶται κατάκλισις ἐπὶ σκληρᾶς κλίνης ἐπὶ 2—3 μῆνας καὶ ἐν συνεχείᾳ ἔγερσις καὶ θεραπευτικὴ γυμναστική. Εἴς τινας περιπτώσεις ἐφαρμόζεται διορθωτικὸς στηθόδεσμος. Ἡ καλὴ θεραπευτικὴ ἀγωγὴ τοῦ τετάνου ἔχει μεγίστην σημασίαν εἰς τὴν πρόληψιν τοιούτων ἐπιπλοκῶν, ἐφ' ὅσον περιορίζει τοὺς σπασμοὺς τῶν μυῶν.

6. Γ. ΛΙΒΑΘΥΝΟΠΟΥΛΟΥ. **Συμπληρωματικὴ μελέτη ἐπὶ τῶν παθολογοανατομικῶν ἀλλοιώσεων τῆς συγγενοῦς ραιβοϊπποποδίας.**

Ἐπὶ τοῦ ἰδίου θέματος ἔχω δημοσιεύση ἕνα ἄρθρον εἰς τὴν Χειρουρ-



Εἰκ. 1η. Ἀμφότεραι αἱ κνῆμαι καὶ οἱ ἄκροι πόδες τῆς γ' περιπτώσεως (4ον καὶ 5ον παρασκεύασμα).

γικὴν Ἐπιθεώρησιν τὸ 1953 [1]). Εἰς αὐτὸ μελετῶ κυρίως τὰς ἀλλοιώσεις τῆς

1) Χειρουργικὴ Ἐπιθεώρησις, σελ. 17, Μάϊος—Αὔγουστος 1953.

συγγενοῦς αὐτῆς παθήσεως ἐπὶ τῇ βάσει τριῶν προσφάτων παρασκευασμάτων.

Ἔκτοτε εἶχον τὴν εὐκαιρίαν νὰ ἐξετάσω καὶ ἕτερα τέσσαρα καὶ νὰ ἐρευνήσω καλύτερον τὴν βιβλιογραφίαν. Ὥστε ἔπρεπε νὰ γίνῃ καὶ ἀναθεώρησις τῶν ἐκτεθέντων ἐκεῖ.

Τὸ β΄ τμῆμα τῆς ἐπὶ ὑφηγεσίᾳ τῆς Ὀρθοπεδικῆς μελέτης μου ἔδωσε τὴν εὐκαιρίαν πρὸς τοῦτο.

Εἰκ. 2α. Ἡ τετάρτη περίπτωσίς μας.
(6ον καὶ 7ον παρασκεύασμα).

Ἀλλὰ δὲν ἔκρινα ἄσκοπον νὰ φέρω καὶ πρὸ ὑμῶν τὴν ὅλην ἐργασίαν μου διότι δυσκόλως δύνανται νὰ ἀποδοθοῦν εἰς βιβλίον παθολογοανατομικαὶ μελέται ἕνεκα, κυρίως τοῦ ἀνεφίκτου τῆς ἀρτίας εἰκονογραφήσεως αὐτῶν.

Αἱ φωτογραφίαι τῶν παρασκευασμάτων μου ἔγιναν ὑπὸ τοῦ καλλιτέχνου φωτογράφου Ρίζου καὶ τὰ σχέδια ἐκ τοῦ φυσικοῦ ὑπὸ τοῦ καλλιτέχνου τῆς Σχολῆς Καλῶν Τεχνῶν Γεωργουλᾶ (1).

(1) Ἔχει εἰδικευθῇ εἰς τὴν ἐργασίαν αὐτὴν εἰς τὰ ἐργαστήρια τῆς Περιγραφικῆς Ἀνατομικῆς τοῦ Πανεπιστημίου.

'Η ἀνατομὴ τῶν παρασκευασμάτων ἔγιναν εἰς τὸ 'Εργαστήριον τῆς Περιγραφικῆς 'Ανατομικῆς, καθὼς καὶ εἰς τὸ 'Εργαστήριον τῆς Παθολογικῆς 'Ανατομικῆς τοῦ Πανεπιστημίου. 'Ως δὲ ἀναφέρομεν καὶ ἀλλαχοῦ ἀνετάμομεν :

1) Δεξιὰν κνήμην καὶ ἄκρον πόδα βρέφους ὀλίγων ἡμερῶν μὲ ἀμφοτερόπλευρον ραιβοϊπποποδίαν ὅπερ ἀπέθανεν ἐξ ἐπιμολυνθείσης μυελομηνιγγοκήλης (Βρεφοκομεῖον 'Αθηνῶν).

2) 'Αμφοτέρους τοὺς ἄκρους πόδας καὶ τὰς κνήμας βρέφους 5 μηνῶν μὲ

Εἰκ. 3. 'Ο πρόσθιος κνημιαῖος τείνεται καὶ ἔρχεται πρὸς τὰ ἔμπρός. (7ον παρασκεύασμα).

ἀμφοτερόπλευρον πάλιν ραιβοϊπποποδίαν θανόντος ἐκ βρογχοπνευμονίας (Βρεφοκομεῖον 'Αθηνῶν).

3) 'Αμφοτέρους πάλιν τοὺς ἄκρους πόδας καὶ τὰς κνήμας βρέφους 8 ἡμερῶν θανόντος εἰς τὸ Μαιευτήριον Μαρίκα 'Ηλιάδη (ἔφερε ἀμφοτερόπλευρον ραιβοϊπποποδίαν καὶ μυελομηνιγγοκήλην).

4) 'Αμφοτέρους πάλιν τοὺς ἄκρους πόδας καὶ τὰς κνήμας βρέφους ὀλίγων ἡμερῶν μὲ ἀμφοτερόπλευρον ραιβοϊπποποδίαν καὶ ὅπερ ἀπέθανεν ἐκ βρογχοπνευμονίας. (Ἔφερε καὶ ἄλλας συγγενεῖς διαμαρτίας ὡς διατήρησιν τοῦ Βοτταλείου πόρου, στρεβλοχειρίαν, συγγενῆ κατάγματα βραχιονίου, ραιβὸν ἰσχίον καὶ κυκλοτερεῖς αὐλακώσεις κατὰ τὰς κνήμας (Βρεφοκομεῖον 'Αθηνῶν).

Διὰ τὴν σπανιότητα τῶν ἐργασιῶν ἐπὶ παρασκευασμάτων ὁ Steward τὸ 1951 ἀνέφερεν ὅτι (1) ὑπῆρχον μόνον 52 ἐργασίαι παθολογοανατομικαὶ μέχρι τότε καὶ ὅτι μόνον εἰς 8 εἰργάσθησαν ἐπιμελῶς οἱ συγγραφεῖς. Διότι οἱ πλεῖστοι ἐλησμόνησαν ὅτι ὑπάρχουν μύες, σύνδεσμοι καὶ ὁμιλοῦν μόνον περὶ ὀστῶν καθὼς λέγει ὁ ἴδιος.

Ἐκεῖνο ποὺ κάνει ἐντύπωσιν εἰς ὅλα τὰ παρασκευάσματά μας εἶναι ἡ

Εἰκ. 4η. Ἔχουν ἀφαιρεθῆ τὰ μαλακὰ μόρια, ἡ πτέρνα καὶ ὁ πρόσθιος στοίχος τῶν ὀστῶν τοῦ ταρσοῦ. Ἡ κεφαλὴ τοῦ ἀστραγάλου εὑρίσκεται ἐν ὑποαναπτύξει ἐνῶ ἡ τροχιλία ἔχει ὑπερπλασθῆ.

(4ον παρασκεύασμα)

λεπτότης τῶν τενόντων εἰς τὴν ῥάχιν τοῦ ἄκρου ποδὸς καὶ ἡ ἀρτία αὐτῶν ἀνάπτυξις εἰς τὴν πελματιαίαν ἐπιφάνειαν.

Εἰς τὰ νέα παρασκευάσματα οὐδὲν τὸ ἰδιαίτερον δυνάμεθα νὰ σημειώσωμεν ἐπ' αὐτῶν.

---

(1) Ἐκ τυπογραφικῆς ἀβλεψίας ἄλλα ἐκτίθενται εἰς τὸ ἄρθρον μας τοῦ 1953.

'Εκτὸς τοῦ ὅτι εἰς τὴν τρίτην περίπτωσιν ὅλοι οἱ τένοντες ἦσαν πολὺ ἀτροφικοί.

Καὶ ὁ καταφυτικὸς τένων τοῦ προσθίου κνημιαίου ἐτείνετο καὶ ἐφέρετο πολὺ πρὸς τὰ πρόσω τῶν ἄλλων τενόντων ἀποχωριζόμενος αὐτῶν καὶ ὑπεγείρων τὸν ἐγκάρσιον σύνδεσμον (εἰκ. 3η).

Εὑρίσκεται δηλαδὴ οὗτος ἀτροφικὸς καὶ συνεσπασμένος ὡς τὸν περι-

Εἰκ. 5η. Σχέδιον τοῦ καλλιτέχνου Γεωργουλὰ ληφθὲν ἐκ τοῦ φυσικοῦ ἐκ παρασκευάσματος ρσιβοϊπποποδίας δεικνύον τὴν φορὰν τοῦ ὑφ' ἡμῶν περιγραφέντος συνδέσμου.

Εἰκ. 6η. 'Η προσθία ἐπιφάνεια τῆς κνήμης καὶ τοῦ ἄκρου ποδὸς μετὰ τὴν ἀποδορὰν (5ον παρασκεύασμα). Εἶναι καταφανὴς ἡ λεπτότης τῶν στοιχείων τῶν μαλακῶν μορίων (τένοντες κλπ.)

γράφει ὁ L. Michel ὑπεγείρων διὰ συρρικνώσεως αὐτοῦ τὸ ἔσω χεῖλος τοῦ ἄκρου ποδὸς—ἐν ἀντιθέσει μὲ τὰς ἄλλας περιπτώσεις ὅπου εὑρέθη καλῶς διαπεπλασμένος.

Οἱ βραχεῖς καμπτῆρες καὶ ἐδῶ (ἰδίως εἰς τὴν τρίτην περίπτωσιν) εἶναι ἰσχυροί. Οἱ τένοντες ὅμως τῶν μακρῶν καμπτήρων δὲν εἶναι τόσον καλὰ διαπεπλασμένοι ὅπως τῶν ἄλλων περιπτώσεων (ἀλλὰ πολὺ καλύτερον διαπεπλασμένοι πάντως ἀπὸ τοὺς ἐκτείνοντας εἰκ. 3η).

Εἰς τὴν τετάρτην περίπτωσιν ὁ πρόσθιος κνημιαῖος οὔτε ἀτροφικὸς φαίνεται, οὔτε προβάλλει πολὺ πρὸς τὰ ἔμπρός.

Ἡ κατάφυσις τοῦ προσθίου κνημιαίου φέρεται εἰς μὲν τὴν τρίτην περίπτωσιν ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ 1ου σφηνοειδοῦς, ἀλλὰ παρουσιάζει καὶ συμπληρωματικὴν κατάφυσιν ἐπὶ τοῦ 1ου μεταταρσίου (ὡς περιγράφει ὁ Stewart).

Εἰς τὴν τελευταίαν περίπτωσιν ἡ κατάφυσις ἐγένετο ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας τοῦ 1ου σφηνοειδοῦς.

Παρέκκλισιν τοῦ Ἀχιλλείου τένοντος ἔχομεν εἰς τὴν τετάρτην περίπτωσιν (πρὸς τὰ ἔξω).

Ὁ βραχὺς περονιαῖος κατεφύετο καὶ εἰς τὰς δύο νέας περιπτώσεις ἐπὶ τῆς ραχιαίας ἐπιφανείας τοῦ 5ου μεταταρσίου.

Παρεκτόπισιν τῶν καμπτήρων δὲν παρετηρήσαμεν ἐδῶ.

Τὸν ὑφ' ἡμῶν περιγραφέντα ἔσω πλάγιον σύνδεσμον παρετηρήσαμεν εἰς μίαν λεπτὴν μᾶλλον δεσμίδα εἰς τὴν τρίτην περίπτωσιν. Εἰς τὴν τετάρτην ὅμως οὐδόλως παρετηρήθη.

Ὁ πτερνοσκαφοειδὴς καὶ ὁ μακρὸς πελματικὸς εὑρίσκονται καὶ εἰς τὰς νεωτέρας περιπτώσεις περισσότερον ἰσχυροὶ τοῦ συνήθους.

Οἱ ραχιαῖοι ἀντιθέτως εἶναι μᾶλλον ἀσθενεῖς. Καὶ αὐτὸς ὁ δισχιδὴς δὲν ὑποσημειώνεται τόσον καλῶς. Εἰς τὰ ὀστᾶ, ἰδίως εἰς τὰ νεώτερα παρασκευάσματα, σημειοῦμεν τὴν ἐλαττωματικὴν ἀνάπτυξιν τοῦ προσθίου τμήματος τοῦ ἀστραγάλου.

Ἡ τροχιλία ἔχει ἐξέλθη τῆς κνημοταρσικῆς ἀρθρώσεως. Ἰδίως εἰς τὸ τέταρτον παρασκεύασμα παρουσιάζεται ἀρκετὰ μεγαλυτέρα εἰς ὄγκον.

Ἡ πτέρνα παρουσιάζεται καὶ εἰς αὐτὰ τὰ παρασκευάσματα δυσαναλόγως ἀνεπτυγμένη. Ἰδίως τὸ πρόσθιον τμῆμα αὐτῆς.

Τὸ σκαφοειδὲς εὑρίσκεται παρεκτοπισμένον καὶ ὑποανάπτυκτον εἰς ἓν παρασκεύασμα μὲ σφηνοειδὲς σχῆμα (εἰς τὰ πρῶτα παρασκευάσματα τὸ σχῆμα ἦτο πάντοτε τετράπλευρον).

Τὰ σφηνοειδῆ παρουσιάζονται ὀλιγότερον ἀνεπτυγμένα ἰδίως πάντα τὸ πρῶτον, (ὅπως εἰς τὰ πρῶτα παρασκευάσματα).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Παραπέμπομεν εἰς τὴν «συγγενῆ ραιβοϊπποποδίαν» τοῦ ἰδίου διατριβὴ ἐπὶ ὑφηγησίᾳ Ἀθῆναι 1950.

Καθὼς εἰς τὸ «Δευτερεύουσαι μορφαὶ τῆς συγγενοῦς στρεβλοποδίας» Ἀθῆναι 1956.

Ὅπου ὑπάρχει καὶ ἐκτενὴς βιβλιογραφικὴ ἀνασκόπησις τοῦ θέματος.

7. Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ. Ἐπίδειξις περιπτώσεως ἀρθροπλαστικῆς τοῦ ἀγκῶνος.

Ὁ ἀσθενὴς ΒΑΓ ἡλικίας 28 ἐτῶν, ὁδηγὸς φορτηγοῦ αὐτοκινήτου, ὑπέστη τὴν 28.7.55 κάταγμα τοῦ δεξιοῦ ὠλεκράνου. Διὰ τὴν πάθησίν του αὐτὴν ἐχειρουργήθη ὑπὸ συναδέλφου μὴ ὀρθοπεδικοῦ. Τονίζω τὴν λεπτομέρειαν αὐτὴν διότι ὁ χειρουργός, ἐν τῇ προσπαθείᾳ του νὰ θεραπεύσῃ τὸ κάταγμα τοῦ ὠλεκράνου, ἐχρησιμοποίησε τεχνικὴν λίαν πολύπλοκον, τὴν ὁποίαν εἶμαι βέβαιος ὅτι οἱοσδήποτε ὀρθοπεδικὸς θὰ ἀπέφευγε. Διὰ μεγάλης πεταλοειδοῦς τομῆς ἐγένετο εὐρεία ἀποκάλυψις τοῦ ὠλεκράνου καὶ ὀστεοσύνθεσις αὐτοῦ διὰ σύρματος.

Μετὰ 3 μῆνας ἐγένετο νέα ἐπέμβασις διὰ μεγάλης ἐπίσης τομῆς πρὸς ἀφαίρεσιν τοῦ ὑλικοῦ τῆς ὀστεοσυνθέσεως.

Ἀποτέλεσμα τῶν δύο αὐτῶν ἐπεμβάσεων ἦτο ὄχι μόνον ἡ πώρωσις τοῦ κατάγματος τοῦ ὠλεκράνου, ἀλλὰ καὶ ἡ ἀγκύλωσις τοῦ ἀγκῶνος.

Ὁ ἀσθενὴς προσῆλθε πρὸς ἡμᾶς φέρων τελείαν ἀγκύλωσιν τοῦ ἀγκῶνος εἰς θέσιν 140.

Πρὸ τῆς ἀναπηρίας αὐτῆς εἰς νέον ἄτομον καὶ δεξιὰν χεῖρα ἀπεφασίσαμεν καὶ προέβημεν τὴν 2 Φεβρ. 56 εἰς ἀρθροπλαστικὴν τοῦ ἀγκῶνος διὰ παρεμβολῆς πλατείας περιτονίας. Διὰ τομῆς ὀπισθίας μέσης μήκους 20 ἑκ. ἀπεκαλύψαμεν τὸ πέρας τοῦ βραχιονίου καὶ τῶν ὀστῶν τοῦ ἀντιβραχίου. Μετεβιβάσαμεν τὸ σχῆμα τοῦ βραχιονίου εἰς ἕνα κόνδυλον, διεκπρίσαμεν τὴν κεφαλὴν τῆς κερκίδος καὶ ἐκσμιλεύσαμεν τὸ ὠλέκρανον.

Τὰς νέας αὐτὰς ἀρθρικὰς ἐπιφανείας ἐκαλύψαμεν διὰ τεμαχίου πλατείας περιτονίας διαστάσεων 10×30 ἑκ. καὶ ἐν συνεχείᾳ δι' ἀναδιπλώσεως αὐτῶν ἐσχηματίσαμεν τὸν νέον ἀρθικὸν θύλακα. Ἐτοποθετήθη γύψος ἐπὶ 10 ἡμέρας καὶ μετὰ ἠρχίσαμεν ἐνεργητικὴν κινησιοθεραπείαν. Μετὰ ἕνα μῆνα ἀπὸ τῆς ἐπεμβάσεως ὑπεβάλομεν τὸν ἀσθενῆ εἰς ἀκτινοβολίαν πρὸς ἀναστολὴν ἀναπτύξεως ὀστεωμάτων. Κατόπιν ἀπεστάλη εἰς τὸ Κέντρον ἀποκαταστάσεως Ψυχικοῦ πρὸς κινησιοθεραπείαν καὶ φυσικοθεραπείαν.

Ἰδοὺ τὸ σημερινὸν ἀποτέλεσμα 4½ μῆνας μετὰ τὴν ἐπέμβασιν.

Κάμψις ἀγκῶνος: κατὰ φύσιν. ἔκτασις 150 (30). Πρηνισμὸς 20, ὑπτισμὸς 90.

Ἡ περίπτωσις ἡμῶν παρουσιάζει δύο ἐνδιαφέροντα σημεῖα, τὸ ἓν ὅτι μία κακὴ τεχνικὴ ὁδηγεῖ εἰς μεγάλην ἀναπηρίαν, ὡς εἶναι ἡ ἀγκύλωσις τοῦ ἀγκῶνος εἰς πλημμελῆ θέσιν καὶ τὸ ἕτερον ὅτι ἡ κλασσικὴ μέθοδος ἀρθροπλαστικῆς τοῦ ἀγκῶνος διατηρεῖ ὅλην της τὴν ἀξίαν.

8. ΜΙΧΑΗΛ Ι. καὶ ΘΕΟΛΩΡΟΥ ΣΓΛΜ. **Τετραπληγικὴ μορφὴ ἀρθρογρυπώσεως μετὰ ἐξαρθρημάτων καὶ μεγάλου βαθμοῦ ραιβοκοιλοποδίας. Ἀποκατάστασις τῆς βαδίσεως κατόπιν χειρουργικῆς καὶ ὀρθοπεδικῆς θεραπείας.**

Ὁ μικρός μας ἀσθενὴς Τ. Εὐάγγελος ἡλικίας 5 1/2 ἐτῶν σήμερον, εἰσήχθη ἐν τῇ ἡμετέρᾳ κλινικῇ πρὸ ἔτους, μὲ παραμορφώσεις καὶ δυσκαμψίαν ὅλων σχεδὸν τῶν ἀρθρώσεων τῶν ἄνω καὶ κάτω ἄκρων.

Ὡς διεπιστώθη κλινικῶς, ἀκτινολογικῶς καὶ ἱστολογικῶς πρόκειται περὶ τετραπληγικῆς μορφῆς ἀρθρογρυπώσεως.

Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας παρατηρεῖται δυσπλασία τῶν ἄκρων, ἐνῶ ἡ κεφαλή, ὁ λαιμὸς καὶ ὁ κορμὸς εἶναι φυσιολογικά.

Ἡ διανοητικὴ κατάστασις εἶναι κατὰ κανόνα καλή. Εἰς τὴν προκειμένην περίπτωσιν εἶναι ἀρίστη.

Μεταξὺ τῶν θεωριῶν αἵτινες τείνουν νὰ ἐξηγήσουν τὴν αἰτιολογίαν καὶ παθογένειαν τῆς νόσου, ἡ ἐπικρατεστέρα φαίνεται νὰ εἶναι ἡ ὑποστηριζομένη ὑπὸ τοῦ Kudleton καὶ ἄλλων, κατὰ τὴν ὁποίαν ἡ βασικὴ βλάβη πρέπει νὰ ἀναζητηθῇ μεταξὺ τῶν ἐκφυλιστικῶν νόσων τοῦ μυὸς κατὰ τὴν ἐμβρυϊκὴν περίοδον.

Οἱ μύες τῶν ἄκρων ἀντικαθίστανται σὺν τῷ χρόνῳ ὑπὸ συνδετικοῦ ἱστοῦ, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἐλάττωσιν τῆς κινητικότητος τῶν ἀρθρώσεων, ἐνῷ ταυτοχρόνως ὑφίσταται συρρίκνωσις ἥτις προκαλεῖ τὸν σχηματισμὸν ἐξαρθρημάτων.

Ἐνῷ ἡ διανοητικὴ ἀνάπτυξις τοῦ ἀσθενοῦς μας εἶναι καλή, ἡ σωματικὴ ὑπολείπεται· ὕψος 89 ἑκ. ἀντὶ 107 ἑκ. βάρος 10,5 Kgs ἀντὶ 18,4 Kgs. Ἡ κεφαλή, ὁ αὐχὴν καὶ ὁ κορμὸς εἶναι φυσιολογικά.

Εἰς τὰ ἄκρα παρατηρεῖται μεγάλη μυϊκὴ ἀτροφία, δυσκαμψία ὅλων σχεδὸν τῶν ἀρθρώσεων καὶ διπλοῦν ἐξάρθρημα τοῦ ἰσχίου.

Αἱ παραμορφώσεις εἶναι περισσότερον ἐμφανεῖς εἰς τὰς ἄκρας χεῖρας, αἵτινες μετὰ τὴν ἐπιβληθεῖσαν θεραπείαν ἐμφανίζουν μικρὰν βελτίωσιν.

Ἡ παραμόρφωσις τῶν ἄκρων ποδῶν εἰς ραιβοκοιλοποδίαν ἦτο τόσον μεγάλη ὥστε ὁ ἀσθενὴς ἐστηρίζετο ἐπὶ τῆς ραχιαίας ἐπιφανείας.

Τὰ ἄνω ἄκρα ἦσαν εἰς πλήρη ἔκτασιν μὲ μεγάλην βλαισότητα τῶν ἄκρων χειρῶν.

Ἡ θεραπευτική μας ἀγωγὴ συνίστατο εἰς ἐγχειρητικὴν ἐπέμβασιν ἐπὶ τῶν ἄκρων ποδῶν, εἰς διορθωτικοὺς γύψους καὶ εἰς τὴν ἐφαρμογὴν φυσικοθεραπείας.

Ἱκανοποιητικὴ εὐθίασις τῶν ἄκρων ποδῶν ἐπετεύχθη κατόπιν ἀρθροτομῆς τῆς χοπαρτείου καί διορθώσεως τῆς ραιβοκοιλοποδίας διὰ διαδοχικῶν γύψων μικρᾶς διαρκείας.

Ἐξ ἄλλου χάρις εἰς τὰ ὀρθοπεδικὰ μηχανήματα καὶ τὴν φυσικοθεραπείαν κατέστη δυνατὸν ὥστε ὁ ἀσθενὴς νὰ σιτίζεται ἀφ' ἑνὸς ἄνευ τῆς βοηθείας ἑτέρου προσώπου καὶ ἀφ' ἑτέρου νὰ περιφέρεται εὐχερῶς χωρὶς νὰ στηρίζεται.

Τὸ ἀμφοτερόπλευρον ἐξάρθρημα τοῦ ἰσχίου ἀφέθη ἄνευ θεραπείας ἕνεκα τῆς μεγάλης ρικνώσεως τῶν μυῶν καὶ τῆς μεγάλης ἀνόδου τῆς κεφαλῆς, ἐξ αἰτίας τῶν ὁποίων κάθε ἀπόπειρα ἀνατάξεως θὰ ἀπέβαινεν ἐπὶ ματαίῳ καὶ εἰς βάρος τῆς κινητικότητος τῶν σκελῶν.

Δέον νὰ σημειωθῇ ὅτι ἐπὶ περιπτώσεων ἀρθρογρυπώσεως τὰ ἀποτελέσματα οὐδέποτε εἶναι θεαματικά. Ἐν τούτοις ἐπὶ 12 περιπτώσεων, τὰς ὁποίας ἔχομεν ἑτοιμάσει πρὸς δημοσίευσιν, 3 παρουσίασαν ἀπροσδόκητον βελτίωσιν τῆς κινητικότητος τῶν ἄκρων.

Ἂν δὲν ἀπατώμεθα εἶναι ἡ πρώτη φορὰ καθ' ἣν ἐπιδεικνύεται περίπτωσις ἀρθρογρυπώσεως εἰς τὴν Ἑταιρείαν.

9. Κ. ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ—Γ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ. **Θεραπεία ἐνδοκοτυλικῶν ἐξαρθρημάτων δι' ἀμέσου συνεχοῦς ἐκτάσεως ἐκ τοῦ μείζονος τροχαντῆρος.**

Ἐπὶ τῇ εὐκαιρίᾳ δύο περιπτώσεων ἐνδοκοτυλικῶν ἐξαρθρημάτων, τὰς ὁποίας παρηκολουθήσαμεν ἐν τῇ ἡμετέρᾳ Κλινικῇ, ἀναφέρομεν ὀλίγα τινὰ περὶ αὐτῶν.

Εἰς τὴν βιβλιογραφίαν τὰ ἐξαρθρήματα ταῦτα τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου ὀστοῦ χαρακτηρίζονται ὡς ἔχοντα σοβαρὰν πρόγνωσιν ἀπὸ ἀπόψεως λειτουργίας τῆς ἀρθρώσεως τοῦ ἰσχίου καὶ ὡς ἐκ τούτου πολλάκις συνεστήθη ἡ ἀρθροδεσία ὡς καλὴ λύσις.

Πρὸς παραγωγὴν ἐνδοκοτυλικῶν ἐξαρθρημάτων ἡ ἡλικία παίζει σπουδαῖον ρόλον. Ἄτομα 20—50 ἐτῶν παρουσιάζουν τοιούτου εἴδους ἐξαρθρήματα ἐπὶ πτώσεως καὶ προσκρούσεως τοῦ μείζονος τροχαντῆρος ἐπὶ σκληροῦ ἐδάφους, τοῦ κορμοῦ ὄντος κεκαμένου πρὸς τὸ ἀντίθετον πλάγιον. Εἰς τὴν ἡλικίαν ταύτην ὁ αὐχὴν τοῦ μηριαίου ἔχει μεγαλυτέραν ἀνθεκτικότητα ἐν σχέσει μὲ τὸν πυθμένα τῆς κοτύλης.

Πρὸ τοῦ 20οῦ ἔτους καὶ μετὰ τὸ 50ὸν ἡ συχνότης τῶν ἐξαρθρημάτων αὐτῶν εἶναι ἐλαχίστη καὶ πτῶσις ἐπὶ τοῦ μείζονος τροχαντῆρος προκαλεῖ κάταγμα τοῦ αὐχένος τοῦ μηριαίου ἢ τῶν τροχαντήρων.

Παθολογοανατομικῶς διακρίνομεν τρεῖς βαθμοὺς ἐνδοκοτυλικῶν ἐξαρθρημάτων :

Βαθμὸς 1ος: Ἁπλῆ ρῆξις τοῦ πυθμένος τῆς κοτύλης μετ' ἐμφανοῦς στενώσεως τοῦ μεσαρθρίου διαστήματος.

Βαθμὸς 2ος : Ἔμπαρσις τῆς κεφαλῆς κατὰ τὸ ἥμισυ περίπου ἐντὸς τῆς λεκάνης.

Βαθμὸς 3ος : Ἔμπαρσις τῆς κεφαλῆς ὁλοκλήρου ἐντὸς τῆς λεκάνης.

Τρίτου βαθμοῦ ἐξαρθρήματα εἶναι σπάνια, κατ' αὐτὰ δὲ ὁ μείζων τροχαντὴρ προσκρούει ἐπὶ τῆς ὀφρύος τῆς κοτύλης.

Ἡ ρωγμὴ τοῦ κατάγματος τοῦ πυθμένος τῆς κοτύλης, ἀκολουθοῦσα τὴν πορείαν συναντήσεως τῶν τριῶν ὀστῶν τοῦ ἀνωνύμου λαμβάνει σχῆμα συνήθως δίκην Υ.

Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀσθενοῦς κυρίως εἰς τὰ ἐξαρθρήματα 2ου καὶ 3ου βαθμοῦ καθίσταται ἐνίοτε σοβαρά καθ' ὅτι ἐκτὸς τῆς μετατραυματικῆς καταπληξίας εἶναι δυνατὸν νὰ ἔχωμεν αἱμορραγίαν ἐντὸς τῆς λεκάνης

Α'. Εἰκ. 1. Β'.

Α'. Ἐνδοκοτυλικὸν ἐξάρθρημα ἀριστερᾶ.
Β'. Μετὰ τὴν τοποθέτησιν τῆς ἀμέσου συνεχοῦς ἐκτάσεως.

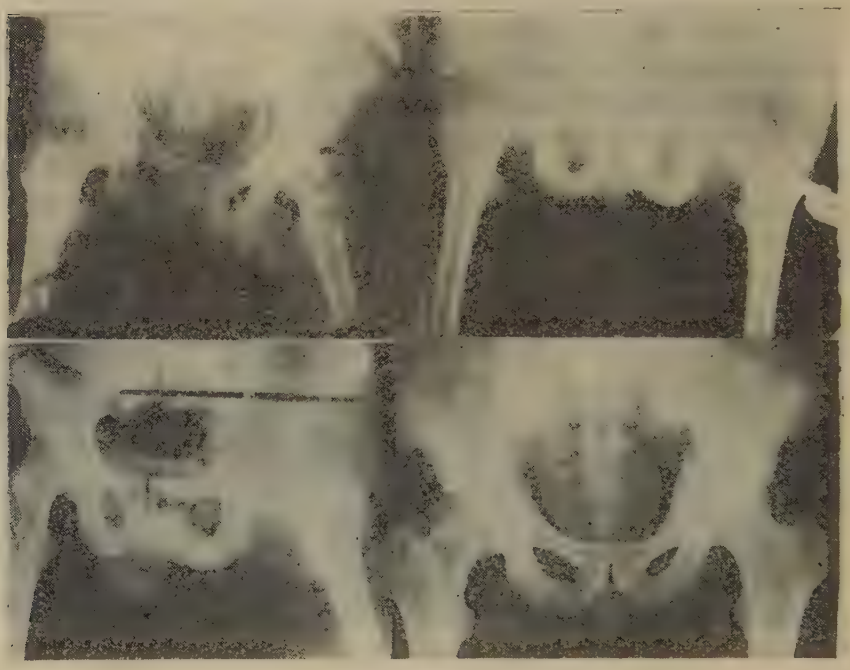
ἢ τοῦ ὀσχέου. Ἐπίσης ὑπάρχει κίνδυνος τρώσεως σπλάχνων ὑπὸ τῶν παρασχίδων κυρίως δὲ τῆς πεπληρωμένης οὐροδόχου κύστεως.

Κλινικῶς ἐκτὸς τῶν γενικῶν συμπτωμάτων παρατηροῦμεν τοπικὸν ἄλγος εἰς ὅλας σχεδὸν τὰς περιπτώσεις καὶ εἰς ὅλους τοὺς βαθμούς, τὸ ὁποῖον ἐπιτείνεται κατὰ τὰς κινήσεις τοῦ ἰσχίου, ἐφ' ὅσον βεβαίως αὗται εἶναι ἐφικταί. Τὸ σκέλος εἶναι βραχύτερον καὶ λαμβάνει θέσιν ἐλαφρᾶς κάμψεως, ἀπαγωγῆς καὶ ἔξω στροφῆς, ἐλλείπει δὲ ἡ προπέτεια τοῦ μείζονος τροχαντῆρος.

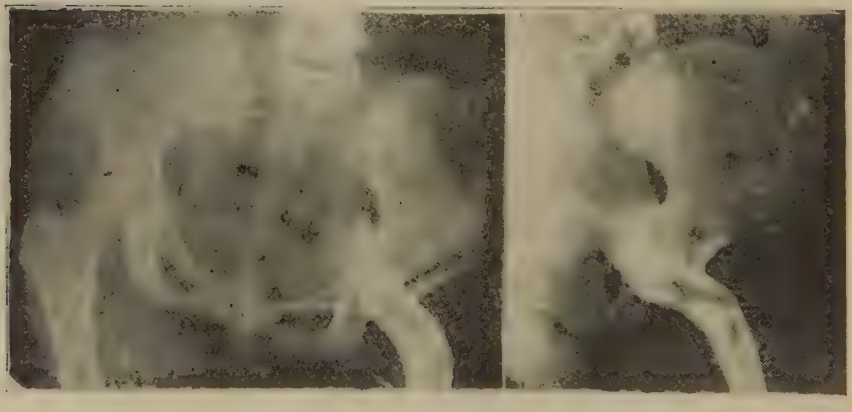
Ἡ ἀναπηρία κυμαίνεται μεταξὺ μιᾶς ἁπλῆς μετατραυματικῆς ἀρθρίτιδος τοῦ ἰσχίου καὶ μιᾶς πλήρους ἀγκυλώσεως τῆς ἀρθρώσεως. Ἐντὸς τῶν ὁρίων τούτων περιλαμβάνονται ὅλαι αἱ γνωσταὶ ἐπιπλοκαὶ τῶν κακώσεων τῆς κατ' ἰσχίον ἀρθρώσεως.

Θεραπεία : Σκοπὸς τῆς θεραπείας εἶναι ἡ ἐπαναφορὰ τῆς κεφαλῆς τοῦ μηριαίου εἰς τὴν φυσιολογικὴν αὐτῆς θέσιν καὶ ἡ κατὰ τὸ δυνατὸν ἀποκατάστασις τῶν ἀνατομικῶν σχέσεων τῆς ἀρθρώσεως.

Ἐνταῦθα ἀναφέρομεν μερικὰς μεθόδους θεραπείας καὶ τέλος περιγράφομεν τὴν ὑφ' ἡμῶν τηρηθεῖσαν ἀγωγήν.



Εἰκ. 2. Πουλῆς Κων. Α'. Πρὸ τῆς ἀνατάξεως. Β' Μετὰ τὴν τοποθέτησιν τῆς ἀμέσου συνεχοῦς ἐκτάσεως. Γ'. Τρεῖς μῆνες μετὰ τὴν ἀνάταξιν. Δ'. Τρία ἔτη καὶ 5 μῆνες μετὰ τὴν κάκωσιν.



Εἰκ. 3.

Ἐνδοκοτυλικὸν ἐξάρθρημα χειρουργηθέν. Παρατηροῦμεν τὸ μόσχευμα τὸ ὁποῖον ἐμποδίζει τὴν μεγαλυτέραν εἴσφρυσιν τοῦ μηριαίου ὀστοῦ ἐντὸς τῆς λεκάνης.

Ὁ Leveuf ἐφήρμοζε συνεχῆ ἔκτασιν δι' εἰδικοῦ τρυπάνου κοχλιουμένου ἐντὸς τοῦ μείζονος τροχαντῆρος. Ἐτοποθέτη ὀσφυομηρικὸν γύψινον ἐπίδεσμον διανοίγων ὀπὴν ἐπ' αὐτοῦ διὰ τὴν ἔξοδον τοῦ τρυπάνου. Διὰ τοῦ τρυπάνου ἐφήρμοζε συνεχῆ ἔκτασιν πρὸς τὰ ἔξω δι' ἑνὸς ταμαχίου ἐλαστικοῦ σωλῆνος, τὸ ὁποῖον ἐστηρίζετο ἐπὶ ἐλάσματος δίκην Π προσηρμοσμένου ἐπὶ τῆς πλαγίας ἐπιφανείας τοῦ γύψου.

Ὁ Böhler ἐφαρμόζει εἰς μὲν τὰ ἐξαρθρήματα 1ου βαθμοῦ συνεχῆ ἔκτασιν διὰ περισφυρίου, ἐπὶ δὲ ἐξαρθρημάτων 2ου καὶ 3ου βαθμοῦ ἐφαρμόζει συνεχῆ ἔκτασιν ἐπὶ τοῦ μείζονος τροχαντῆρος διὰ κοχλιώσεως δι' εἰδικοῦ ἥλου. Τελευταίως ἐφαρμόζει συνεχῆ ἔκτασιν δι' ἱμάντος προσδεδεμένου ἐπὶ τοῦ ριζομηρίου.

Ὑπάρχει ἐπίσης μέθοδος ἀμέσου ἀνατάξεως ἐπὶ τῆς ὀρθοπεδικῆς τραπέζης ὑπὸ γενικὴν ἀναισθησίαν.

Εἰς τὴν ἡμετέραν Κλινικὴν εἰς δύο περιπτώσεις καὶ εἰς δύο ἄλλας τῆς Α' Χειρουργικῆς Κλινικῆς τοῦ Πανεπιστημίου ἐφηρμόσαμεν ἄμεσον συνεχῆ ἔκτασιν διὰ βελόνης Kirschner διερχομένης διὰ τοῦ μείζονος τροχαντῆρος. Ἡ συνεχὴς ἔκτασις τελεῖται κατὰ τὴν κατεύθυνσιν τοῦ ἄξονος τοῦ αὐχένος τοῦ μηριαίου.

Ὁ ἀσθενὴς τοποθετεῖται ἐπὶ ὀρθοπεδικῆς κλίνης ἀνυψωμένης πρὸς τὸ πάσχον πλάγιον τοῦ ἀσθενοῦς ἵνα χρησιμοποιῆται τὸ βάρος αὐτοῦ ὡς ἀντέκτασις. Ὁ ἀσθενὴς ἐπικάθηται ἐπὶ ἐλαστικοῦ ἀεροθαλάμου ἵνα μὴ ἐφάπτεται τὸ πέταλον τῆς συνεχοῦς ἐκτάσεως ἐπὶ τῆς κλίνης. Τοποθετεῖται βάρος 8—15 kg. Συνεχὴς ἔκτασις ἐπίσης ἔμμεσος διὰ λευκοπλάστου ἐφαρμόζεται ἐπὶ τῆς κνήμης μὲ βάρος 3 kg. Ἡ διάρκεια τῆς συνεχοῦς ἐκτάσεως κυμαίνεναι μεταξὺ 25—30 ἡμέρας. Μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς συνεχοῦς ἐκτάσεως ὁ ἀσθενὴς ἐκτελεῖ ἐνεργητικὰς κινήσεις τοῦ ἰσχίου, ἐγείρεται δὲ τὴν 60ὴν ἡμέραν τῇ βοηθείᾳ βακτηριῶν μασχάλης στηριζόμενος λίαν ἐλαφρῶς ἐπὶ τοῦ πάσχοντος σκέλους. Μετὰ τρίμηνον ἀπὸ τῆς κακώσεως δύναται νὰ βαδίζῃ ἄνευ ὑποστηρίξεως.

Ἡ πρώτη περίπτωσις ἀφορᾷ ἀσθενῆ ἡλικίας 46 ἐτῶν (Κυπρίδου Μ.), ἥτις παρουσίαζεν ἐνδοκοτυλικὸν ἐξάρθρημα 1ου πρὸς 2ου βαθμοῦ (εἰκ. 1α).

Ἡ συνεχὴς ἔκτασις ἐτοποθετήθη ὡς περιγράφεται ἀνωτέρω 3 ἡμέρας μετὰ τὴν κάκωσιν, παραμείνασα ἐπὶ 30 ἡμέρας (εἰκ. 1β). Μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς συνεχοῦς ἐκτάσεως ἐγένοντο ἐνεργητικαὶ κινήσεις. Ἔγερσις εἰς τὰς 75 ἡμέρας.

Ἡ ἀσθενὴς ἐξετασθεῖσα 4 μῆνας μετὰ τὴν κάκωσιν εὑρέθη παρουσιάζουσα ἐλαφρὰν ἐλάττωσιν τῆς ἀπαγωγῆς τοῦ μηροῦ.

Πρὸ 3 μηνῶν, ἤτοι 2 ἔτη μετὰ τὴν κάκωσιν τοῦ ἰσχίου, ἐξετασθεῖσα ἡ ἀσθενὴς εἰς τὴν οἰκίαν της οὐδὲν παρουσίαζε.

Ἡ δευτέρα περίπτωσις ἀφορᾷ ἀσθενῆ 45 ἐτῶν (Γουλῆς Κ.). Ἀκολου-

θήσαντες τὴν αὐτὴν μέθοδον εἴχομεν λίαν ἱκανοποιητικὸν ἀποτέλεσμα. Ὅπως βλέπετε ὁ ἀσθενὴς δύναται νὰ ἐκτελῇ ὅλας τὰς κινήσεις τοῦ ἰσχίου γενικῶς παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι τὸ ἐνδοκοτυλικὸν ἐξάρθρημα ἦτο λίαν σοβαρὸν (εἰκ. 2). Ἀπὸ τῆς κακώσεως ἔχουν παρέλθει σήμερον 3 ἔτη καὶ 5 μῆνες.

Τὴν αὐτὴν μέθοδον ἐφηρμόσαμεν εἰς ἑτέρας 2 περιπτώσεις τῆς Α΄ Χειρουργικῆς Κλινικῆς τοῦ Πανεπιστημίου. Περὶ τῆς μιᾶς περιπτώσεως οὐδὲν γνωρίζομεν, περὶ τῆς ἑτέρας δὲ ἀναφέρομεν ὅτι ἀνευρέθη τυχαίως ἡ ἀσθενὴς προσελθοῦσα διὰ σκωληκοειδεκτομὴν εἰς τὴν ἀνωτέρω Κλινικὴν ἔν ἔτος περίπου μετὰ τὸ ἐνδοκοτυλικὸν ἐξάρθρημα καὶ εἶχε καλῶς. Αὕτη ἦτο ἡλικίας 30 ἐτῶν.

Ἐπὶ τῇ εὐκαιρίᾳ σᾶς ἐπιδεικνύομεν ἀκτινογραφίας ἀσθενοῦς ἡλικίας 26 ἐτῶν περίπου προσελθούσης εἰς τὸ ἐξωτερικὸν Ἰατρεῖον, παρουσιάζουσα ἐξάρθρημα ἐνδοκοτυλικὸν 3ου βαθμοῦ (εἰκ. 3). Αὕτη ἐχειρουργήθη παρ' ἑτέρου συναδέλφου.